



PSYCHOFARMACA in **WOONZORGCENTRA**

Samen op weg naar minder.

Colofon

Auteurs

Kaatje Popelier, Stafmedewerker VAD

Laurine Peeters, Kwaliteitscoördinator WZC Leiehome

Met bijdrage van

Dr. Apotheker Eline Tommelein, MediCourse, Universiteit Gent: handleiding monitoringtool

Prof. Dr. Patricia De Vriendt, Elise Cornelis en Ruben Vanbosseghem, Arteveldehogeschool Gent: niet-farmacologische alternatieven en de betekenisvolle activiteiten methode

Met dank aan

Stuurgroep procesbegeleiding voor preventie binnen Zorg en Welzijn

Prof. Dr. Mirko Petrovic, Universiteit Gent

Prof. Dr. Patricia De Vriendt, Arteveldehogeschool Gent

Dr. Apotheker Eline Tommelein, MediCourse, Universiteit Gent

Dirk De Meester, WZC Leiehome, Drongen

De medewerkers van WZC Leiehome, Drongen

De wetenschappelijke medewerkers van het 'project psychofarmaca': Dr. Majda Azermai, prof. Dr. Monique Elseviers,

Ruben Vanbosseghem, prof. Dr. Koen Boussey, Elise Cornelis, Valerie Desmet

De experten stuurgroep 'project psychofarmaca Leiehome' 2013-2016

De experten stuurgroep 'project psychofarmaca Leiehome' 2016-2018

Vlaams Apothekersnetwerk (VAN)

Domus Medica

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

VILANS kenniscentrum voor langdurige zorg (Nederland)



Lay-out

Mojoville { www.mojoville.be }

Foto's

Shutterstock { www.shutterstock.com }

Druk

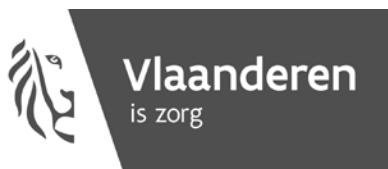
EPO { www.epo.be }

Verantwoordelijke uitgever

Paul Van Deun, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

wettelijk depotnummer: D/2018/6030/15

© 2018



VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Het gebruik van (delen van) deze publicatie is toegestaan mits behoud van visie en doelstellingen van de publicatie, mits duidelijke bronvermelding en mits er geen financiële winst mee beoogd wordt.

Inhoud

COLOFON.....	2
Inleiding.....	5
Hoe dit draaiboek gebruiken?.....	9
Wie zijn belangrijke sleutelfiguren in dit project?.....	10
Lijst met afkortingen en definities.....	11
Beleidsmatige aanpak.....	13
1. Wat is een psychofarmacabeleid?.....	14
1.1 Visie.....	14
1.2 De vier strategieën van een psychofarmacabeleid.....	14
1.3 De vier niveaus van je woonzorgcentrum.....	15
2. Het stappenplan naar een beleid.....	16
Stap 1: Creëer draagvlak	19
OPDRACHT 1: Bespreek de basisvoorwaarden voor het project.....	21
OPDRACHT 2: Stel een psychofarmacacoördinator aan, en stel een psychofarmacateam samen.....	22
OPDRACHT 3: Werk samen met de huisarts(en) en apotheker(s).....	23
OPDRACHT 4: Organiseer een kick-off meeting.....	23
OPDRACHT 5: Werk je visie uit.....	24
OPDRACHT 6: Informeer alle medewerkers.....	26
OPDRACHT 7: Informeer je bewoners, familie en vrijwilligers.....	26
Stap 2: Breng de beginsituatie in kaart	31
OPDRACHT 1: Optimaliseer de staand order medicatie.....	33
OPDRACHT 2: Kwantitatieve inventarisatie van het geneesmiddelengebruik.....	33
OPDRACHT 3: kwalitatieve inventarisatie van het psychofarmacagebruik.....	34
Stap 3: Bepaal prioriteiten en doelstellingen	39
OPDRACHT 1: Bepaal de prioriteiten.....	41
OPDRACHT 2: Formuleer de doelstellingen.....	41
Stap 4: Werk acties uit	45
OPDRACHT 1: Vertaal de acties in acties op maat van de doelstellingen van jouw WZC.....	47
OPDRACHT 2: Situeer de acties in de gezondheidsmatrix.....	49
OPDRACHT 3: Stel een actieplan op.....	50
Stap 5: Voer acties uit	53
Stap 6: Evalueer en stuur bij	57
OPDRACHT 1: Procesevaluatie.....	59
OPDRACHT 2: Effectevaluatie.....	59
OPDRACHT 3: Herbekijk het actieplan.....	59
OPDRACHT 4: Communiceer over de evaluatie.....	60
Stap 7: Veranker in het kwaliteitsbeleid	63
BIJLAGEN.....	67



Inleiding

In België verblijven bijna één op tien 65-plussers en vier op tien 85-plussers in woonzorgcentra. Ongeveer acht op tien bewoners in deze woonzorgcentra blijkt volgens onderzoek {1} langdurig psychofarmaca te gebruiken. Ouderen hebben sowieso een groter risico op gezondheidsproblemen, waardoor ze vaak meer geneesmiddelen nemen. Psychofarmaca zijn één van de meest gebruikte geneesmiddelen bij ouderen. Ongeveer de helft van de bewoners in woonzorgcentra neemt slaap- en kalmeringsmiddelen, iets minder dan de helft neemt antidepressiva en één op drie gebruikt antipsychotica {2}.

Psychofarmaca lijken op het eerste zicht onschuldig, maar zijn dit vaak niet. Langdurig gebruik van psychofarmaca gaat bij ouderen gepaard met het verminderen van de levenskwaliteit en geeft heel wat nevenwerkingen. Zo verhogen ze onder andere het valrisico en hebben ze een negatieve invloed op het geheugen.

Een psychofarmacabeleid in woonzorgcentrum Leiehome

In 2013 startte woonzorgcentrum Leiehome in Drongen, met ondersteuning van de Universiteit Gent, een intern kwaliteitsproject over psychofarmaca. Het doel was het onoordeelkundige psychofarmacagebruik te verminderen, en een beleid voor efficiënter en effectiever psychofarmacagebruik uit te bouwen. Bij de start van het project gebruikten 72% van de bewoners psychofarmaca op chronische basis (≥ 3 maanden).

Voor dit project stelde Leiehome projectmedewerkers aan die het hele team (van onderhoudsmedewerker tot directie) hierin begeleiden. In de eerste fase van het project ontwikkelden de projectmedewerkers, samen met het multidisciplinaire team en op basis van de huidige evidentie, de richtlijnen voor het gebruik van

psychofarmaca. Die richtlijnen vormden de basis voor zowel de dagelijkse werking, als voor het beleid rond psychofarmacagebruik in het woonzorgcentrum {3}.

In 2015 besteedde het project, in samenwerking met Arteveldehogeschool Gent, bijzondere aandacht aan de zoektocht naar niet-farmacologische alternatieven om de levenskwaliteit van bewoners bijkomend te verhogen. Tijdens deze fase werd er meer ingezet op het preventieve aspect van het beleid. Met de Betekenisvolle Activiteiten Methode (BAM) kregen sommige bewoners meer activiteiten op maat aangeboden {4}.

Impact en meerwaarde

“

Er is een last van mijn schouders gevallen. Ik denk terug helder. Ik sta 's morgens op en ben niet meer suf. Mijn man stopte ook met het nemen van slaappillen en is nu een heel ander mens. Hij hoort er opnieuw bij. We babbelen weer met elkaar, gaan wandelen en doen mee aan allerlei activiteiten. Voordien was mijn man zwaar zorgbehoevend en waren we oud. Nu hebben we weer plezier in 't leven. Geen slaapmedicatie meer voor ons!

{88-jarige bewoonster van WZC Leiehome}

”

De inspanningen in WZC Leiehome wierpen de nodige vruchten af. Het psychofarmacagebruik in Leiehome daalde jaarlijks met 10% in de drie projectjaren (2013-2015) en het daalt nog steeds. Er worden enkel nog psychofarmaca opgestart wanneer er een duidelijke indicatie is of wanneer een niet-medamenteuze aanpak geen of onvoldoende soelaas biedt. De mobiliteit van bewoners nam toe, met minder valpartijen tot gevolg {5}.

Dit succes leidde tot een pilootproject in vijf Oost-Vlaamse woonzorgcentra (WZC Zonnehove in Sint-Denijs-Westrem, WZC Mariahuis in Gavere, WZC Het Heiveld in Sint-Amands, WZC De Vijvers in Gentbrugge en WZC Huize Roborst in Zwalm). Na één jaar daalde het psychofarmacagebruik in deze woonzorgcentra gemiddeld met 10%.

Verder bleek uit het onderzoek van de Arteveldehogeschool Gent dat alle bewoners baat hebben bij de BAM en voor de groep met risico op depressie bleken de voordelen nog groter. Het effect op levenskwaliteit,

totale active ageing^A en daling van het totale geneesmiddelengebruik was groter in vergelijking met andere bewoners die geen risico hadden op depressie {4}.

Dit draaiboek is een leidraad voor het uitwerken van een psychofarmacabeleid in een woonzorgcentrum. Het is gebaseerd op de pilootprojecten in de zes Oost-Vlaamse woonzorgcentra (WZC Zonnehove, WZC Mariahuis, WZC Het Heiveld, WZC De Vijvers, WZC Huize Roborst en WZC Leiehome), in het bijzonder de ervaring van WZC Leiehome. Het omvat alle praktische tips, richtlijnen en materialen die in de pilootprojecten ontwikkeld werden.

^AHet proces waarbij men bij ouder wordende mensen de kansen en mogelijkheden tot gezondheid, participatie en veiligheid wil optimaliseren om de levenskwaliteit te bevorderen. Active Ageing in een WZC rust op negen determinanten: cultuur, gedrag, psychologische factoren, fysieke omgeving, sociale omgeving, economische kenmerken, zorg in het WZC, animatie en participatie.

Als woonzorgcentrum kan je zelfstandig aan de slag met het draaiboek. In het kader van het project 'Procesbegeleiding preventie binnen zorg en welzijn' kan je beroep doen op een procesbegeleider {via www.gezondleven.be/procesbegeleidingwoonzorgcentra}. Dit project kadert binnen de nieuwe preventieve gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven'. In eerste instantie zet het project in op vier thema's: psychofarmaca, preventieve mondzorg, ondervoeding en valpreventie. In het woonzorgcentrum pak je één thema per keer aan. Maar het uitbouwen van een psychofarmacabeleid kan ook een positieve impact hebben op de andere thema's:



Mondzorg

Het nemen van psychofarmaca verhoogt het risico op problemen in de mond. Zo hebben ouderen die psychofarmaca nemen meer kans op tandbederf en tandvleesontstekingen {6}. Onderzoek toont aan dat ouderen die psychofarmaca nemen er minder goede poetsgewoontes op na houden {7}. Bovendien kan de combinatie van psychofarmaca met andere medicatie een droge mond veroorzaken. Een droge mond is één van de belangrijkste factoren waardoor mondproblemen zich sneller en ernstiger voordoen. Dat zorgt voor problemen met eten, slikken en praten {6,8,9}.



Ondervoeding

Psychofarmaca kunnen op verschillende manieren de voedingsstatus van een bewoner beïnvloeden. Zo hebben sommige psychofarmaca een stimulerende werking op de eetlust, wat gewichtstoename kan veroorzaken, waar anderen eerder verzadigend werken, met vermagering tot gevolg. Psychofarmaca kunnen leiden tot verwardheid, sufheid en slaperigheid. Hierdoor kan de bewoner minder gaan eten, met een slechte voedingsstatus als mogelijk gevolg {10,11}.

Er kunnen slikstoornissen ontstaan bij langdurig antipsychoticagebruik. Zelfs in die mate dat de ouderere niet meer kan kauwen of slikken. Slikmoeilijkheden zijn een belangrijke risicofactor voor ondervoeding {11,12}.



Valpreventie

Medicatie vormt één van de risicofactoren voor recidiverend vallen. Bij polyfarmacie (meer dan vier verschillende geneesmiddelen per dag) neemt het valrisico sterk toe. Vooral het soort medicatie is van belang. Psychofarmaca zijn een hoog-risicomedicatiegroep voor vallen, het valrisico kan hierdoor tot 1,7 keer verhoogd worden. Het nemen van één psychofarmaca kan het valrisico zelfs al significant verhogen. Ouderen hebben een vertraagd metabolisme, het lichaam kan deze medicatie moeilijker afbreken. Bovendien zijn ze gevoeliger voor de nevenwerkingen van medicatie die ook het valrisico verhogen, zoals sedatie, duizeligheid, orthostatische hypotensie, verwardheid, ... {13,14}.



Hoe dit draaiboek gebruiken?

Dit draaiboek richt zich tot de **psychofarmacacoördinator** van het woonzorgcentrum. Het beschrijft in zeven stappen hoe je een psychofarmacabeleid kan ontwikkelen en implementeren. Per stap worden er verschillende opdrachten geformuleerd om de stap tot een goed einde te brengen. Per opdracht wordt duidelijk beschreven wat er moet gebeuren en hoe je dit kan aanpakken. Waar nodig worden werkmaterialen en ondersteunende bijlagen voorzien, zowel voor de psychofarmacacoördinator en het psychofarmacateam, als voor alle paramedici en zorgkundige medewerkers.

Neem voor je aan de slag gaat alle stappen eens door. Zo krijg je een duidelijk zicht op het geheel. Als psychofarmacacoördinator is dit jouw werkinstrument.

Wie zijn belangrijke sleutelfiguren in dit project?



Psychofarmacacoördinator

Wie is de psychofarmacacoördinator?

De psychofarmacacoördinator is de trekker van het project in het woonzorgcentrum. Het aanduiden van deze persoon, is een belangrijke basisvoorwaarde voor het slagen van dit project. Hij/zij beschikt over kennis van het oordeelkundig gebruik van psychofarmaca, en over de impact van het verblijf in een woonzorgcentrum op de levenskwaliteit van bewoners. Hij/zij is, indien nodig, bereid hier vorming(en) over te volgen.

Wat is de taak van de psychofarmacacoördinator?

Hij of zij is het aanspreekpunt binnen het woonzorgcentrum over het project. Hij/zij is ook verantwoordelijk voor een vlotte doorstroming van informatie naar de medewerkers van het woonzorgcentrum. Hij/zij is de sturende kracht achter het hele proces.



Psychofarmacateam

Wat is een psychofarmacateam?

Het psychofarmacateam bestaat uit vertegenwoordigers uit verschillende disciplines binnen het woonzorgcentrum. Wie kan deel uitmaken van het psychofarmacateam vind je terug op pagina 22.

Wat is de taak van het psychofarmacateam?

Het psychofarmacateam ondersteunt de psychofarmacacoördinator bij het ontwikkelen en implementeren van het psychofarmacabeleid. Het team komt regelmatig samen en volgt de voortgang van het project op in het woonzorgcentrum.



Coördinerend en Raadgevend Arts {CRA}

Wat is de rol van de CRA?

Medewerking van de CRA is een essentiële voorwaarde voor het slagen van het project. Hij of zij informeert de bezoekende artsen van het woonzorgcentrum over het project, motiveert hen en vormt het aanspreekpunt bij vragen.



De toeleverende apotheek en verantwoordelijke apotheker

Wat is de rol van de toeleverende apotheek en verantwoordelijke apotheker?

Ook ondersteuning door de toeleverende apotheek is een belangrijke voorwaarde voor het project. De apotheek duidt één of meerdere apothekers aan die verantwoordelijk zijn voor de registratie van het geneesmiddelengebruik in het woonzorgcentrum.

Lijst met afkortingen en definities

Term	Toelichting
WZC	Woonzorgcentr(um)a
MFO	Medisch Farmaceutisch Overleg: Een MFO is een overleg op niveau van het WZC over het oordeelkundig gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en alternatieve niet-farmacologische aanpak bij ouderen. Er wordt aangeraden dit minstens éénmaal per jaar te organiseren. Op MFO's worden geen specifieke bewoners besproken maar gaat het meer over algemene informatiesessies {15}.
IPO	Interdisciplinair patiënt overleg: Een IPO over het medicatiegebruik van een bewoner bestaat minimaal uit de behandelende arts, een apotheker en een (hoofd)verpleegkundige betrokken bij de zorg voor de bewoner. Tijdens een IPO wordt het medicatiegebruik van de bewoner bediscussieerd, rekening houdend met problemen, vragen en doelen die door de bewoner gesteld worden {15}.
Psychofarmacon (enkelvoud) Psychofarmaca (meervoud)	Dit zijn geneesmiddelen die hun hoofdwerking hebben ter hoogte van het centrale zenuwstelsel en die vooral psychische functies beïnvloeden (zoals denken, voelen, gedrag). In dit draaiboek spreken we over slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica.
Chronisch gebruik	Het gebruik van een geneesmiddel wordt als chronisch beschouwd wanneer de bewoner langer dan drie maanden een psychofarmacon gebruikt.
Probleemgedrag	Samenvattende term voor alle gedragingen die een impact hebben op de levenskwaliteit van de bewoner en die een interventie vragen, zoals slaapproblemen, angst, depressie, moeilijk hanteerbaar gedrag, enzovoort.
Oordeelkundig gebruik	Het gebruik van een geneesmiddel is oordeelkundig wanneer het geneesmiddel geïndiceerd is voor het probleem waarvoor het voorgeschreven is en wanneer de productkeuze en dosering gebaseerd is op de bestaande medische richtlijnen.
Alternatieve interventies	Hiermee worden niet-farmacologische initiatieven bedoeld die als alternatief voor het gebruik van psychofarmaca aangeboden worden aan een bewoner.
Vaste activiteiten	Hiermee worden de activiteiten bedoeld die binnen het standaardaanbod van het woonzorgcentrum georganiseerd worden en plaatsvinden. De ideeën voor deze activiteiten vloeien vooral vanuit het animatieteam voort, al dan niet gebaseerd op input van de bewoners.
Persoonsgerichte/ betekenisvolle activiteiten	Bij persoonsgerichte en/of betekenisvolle activiteiten worden de wensen en behoeftes van de bewoner centraal gesteld. De activiteit wordt in overeenstemming met die wensen en noden uitgewerkt. Inspraak van de bewoner is daarbij van cruciaal belang. Een dergelijk activiteitenaanbod begint dus met het inventariseren van behoeftes en wensen van de bewoners.



Beleidsmatige aanpak

1. Wat is een psychofarmacabeleid?

Een psychofarmacabeleid is een samenhangend geheel van afspraken over hoe het woonzorgcentrum omgaat met psychofarmaca. Het psychofarmacabeleid vertrekt vanuit de visie van het woonzorgcentrum en bestaat verder uit vier strategieën: educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels, en zorg en begeleiding. Deze strategieën pas je toe op vier verschillende niveaus: de bewoner, de afdeling van het woonzorgcentrum, het woonzorgcentrum en de omgeving buiten het woonzorgcentrum (zie de gezondheidsmatrix, Bijlage 8).

Het doel van het psychofarmacabeleid is niet om psychofarmaca te bannen uit het woonzorgcentrum, wel om een correct en verantwoord gebruik aan te moedigen. Psychofarmaca worden im-

mers vaak onoordeelkundig gebruikt, maar ze worden nooit opgestart zonder reden. Naast het evalueren van de reden voor opstart, dient het onderliggende probleemgedrag te worden aangepakt. Niet-farmacologische alternatieven hebben hier meestal de voorkeur. Heb hier dan ook zeker aandacht voor. Een psychofarmacabeleid gaat immers breder dan enkel het afbouwen van onoordeelkundig psychofarmacagebruik. Het is ook een sterk preventief middel, het verhoogt de levenskwaliteit, met minder probleemgedrag en dus minder nood aan psychofarmaca tot gevolg. Een duidelijk psychofarmacabeleid helpt om problemen te voorkomen en geeft houvast om passend te reageren bij problemen.

1.1 Visie

De visie is het overkoepelend onderdeel van het psychofarmacabeleid. Hoe staan we als woonzorgcentrum tegenover psychofarmaca? Wat willen we bereiken, en welke problemen willen we vermijden? De visie sluit aan bij de missie en opdrachtverklaring van het woonzorgcentrum, en stuurt de invulling van de vier strategieën van het psychofarmacabeleid.

1.2 De vier strategieën van een psychofarmacabeleid

Educatie

‘Educatie’ betekent het versterken van de kennis, attitudes en vaardigheden van onder andere bewoners, familie en hulpverleners. Zo wordt het correct gebruik van psychofarmaca gemotiveerd en gefaciliteerd. Door informatie, sensibilisering en vorming leert iedereen in het woonzorgcentrum verantwoordelijk omgaan met psychofarmaca.

Vragen die bij deze strategie aan bod komen zijn:

- Hoe geven we het personeel de nodige informatie, vorming en ondersteuning?
- Hoe gaan we bewoners, familie en vrijwilligers sensibiliseren?

Omgevingsinterventies

Omgevingsinterventies zijn maatregelen in de inrichting van de fysieke of sociale omgeving van bewoners of het WZC. Ze hebben een impact op het psychofarmacagebruik en kunnen verantwoord omgaan met psychofarmaca stimuleren. Omgevingsinterventies ondersteunen de doelstellingen van het psychofarmacabeleid. Deze maatregelen hoeven niet altijd specifiek over psychofarmaca te gaan. Ze dragen wel steeds bij tot een omgeving die het verantwoordelijk omgaan met psychofarmaca ondersteunt, en het welbevinden en de betrokkenheid van de bewoners verhoogt.

Vragen die bij deze strategie aan bod komen zijn:

- Wat doen we om de afbouw van psychofarmaca op te vangen?
- Welke niet-farmacologische alternatieven bieden we aan?
- Hechten we voldoende belang aan een goede slaapomgeving (bijvoorbeeld verluchte kamers, voldoende verduistering, ...)?

Afspraken en regels

Door regels en afspraken te maken over het gebruik van psychofarmaca, maakt het woonzorgcentrum duidelijk wanneer psychofarmaca nodig en gepast zijn, en wanneer er beter naar alternatieven wordt gezocht. Duidelijke regels en afspraken werken ook preventief.

Vragen die bij deze strategie aan bod komen zijn:

- Hoe wordt de richtlijn voor het gebruik van psychofarmaca gehanteerd?
- Wat kan en wat kan niet op vlak van psychofarmacagebruik?

Deze verschillende strategieën zijn stuk voor stuk belangrijk en vullen elkaar aan. Elke strategie heeft een specifiek doel en geeft houvast in specifieke situaties. Met regels alleen kan je niet alle problemen vermijden. Je kan ook niet enkel met omgevingsinterventies bewoners gaan ondersteunen. Informeren en vormen van het personeel is daarnaast zeer belangrijk opdat iedereen bewust omgaat met psychofarmaca. Zorg en begeleiding zijn op hun beurt essentieel om het beleid te doen slagen. Een beleid werkt maar als de verschillende onderdelen evenwichtig uitgewerkt zijn.

Zorg en begeleiding

In de strategie 'Zorg en begeleiding' staat het welzijn van de bewoners centraal. In deze strategie gaat het over een aanpak om tijdig de negatieve effecten en risico's van psychofarmacagebruik te voorkomen. Het is ook belangrijk om met een preventieve aanpak de opstart van onoordeelkundig psychofarmacagebruik te voorkomen.

Zowel (vroeg)detectie (bijvoorbeeld het inventariseren van het psychofarmacagebruik bij nieuwe bewoners), (vroeg)interventie (bijvoorbeeld bewoners met een probleemgedrag eerst begeleiden met een niet-farmacologische aanpak) als een kwaliteitsvolle doorverwijzing (bijvoorbeeld doorverwijzen naar psychiater bij psychose of samenwerking met de huisartsen) zijn belangrijk.

Vragen die bij deze strategie aan bod komen zijn:

- Wat doen we als we geconfronteerd worden met onoordeelkundig gebruik van psychofarmaca bij een bewoner?
- Hoe volgen we het gebruik op als het voorgeschreven wordt?
- Hoe gaan we om met een probleemgedrag? Welke niet-farmacologische alternatieven hanteren we?
- Bekijken we samen met een bewoner wat alternatieven kunnen zijn voor psychofarmacagebruik?
- Welke strategieën hanteren we om preventief de levenskwaliteit van bewoners te verhogen?
- Hoe verhogen we de levenskwaliteit van bewoners?

1.3 De vier niveaus van je woonzorgcentrum

De vier strategieën van een psychofarmacabeleid kan je toepassen op vier niveaus van je WZC: de bewoner, de afdeling in het woonzorgcentrum, het woonzorgcentrum en de omgeving buiten het woonzorgcentrum.

De bewoner

Het psychofarmacabeleid houdt rekening met de kenmerken, behoeften en wensen van bewoners op vlak van hun gezondheid. Je maakt een onderscheid tussen individuele bewoners, prioritaire doelgroepen en kwetsbare groepen.

- Een individuele bewoner, bijvoorbeeld een bewoner met dementie die moeilijk hanteerbaar gedrag vertoont zoals roepen of weglopen (acties die je specifiek richt naar één bewoner omwille van zijn of haar specifieke situatie).
- Een prioritaire doelgroep, bijvoorbeeld bewoners die meer dan drie psychofarmaca nemen (acties die je richt naar deze doelgroep omwille van hun specifieke risico).
- Kwetsbare groepen, zoals bewoners met een (risico op) depressie.

Afdeling in het woonzorgcentrum

Binnen de afdeling bekijkt men de mogelijkheden om een psychofarmacabeleid uit te rollen. Welke activiteiten passen hierin, wie van het personeel kan dit uitvoeren, wie kan ondersteunen, ...

Het woonzorgcentrum

Op het niveau van het woonzorgcentrum vallen alle activiteiten die zich richten naar alle bewoners en hun leefomgeving. De leefomgeving is de omgeving in het woonzorgcentrum zelf zoals de cafétaria, de eetzaal of de tuin, hieraan dragen alle medewerkers van het woonzorgcentrum bij.

Omgeving buiten het woonzorgcentrum

Onder 'omgeving buiten het woonzorgcentrum' verstaan we de fysieke en sociale omgeving buiten het woonzorgcentrum. Dit kunnen mantelzorgers, vrijwilligers of familieleden zijn, maar ook de aanwezigheid van lokale dienstencentra in de buurt, het gemeentebestuur, enzovoort.

2. Het stappenplan naar een beleid

Het ontwikkelen en implementeren van een psychofarmacabeleid verloopt in zeven stappen.

Stap 1: Creëer draagvlak

Stap 2: Breng de beginsituatie in kaart

Stap 3: Bepaal prioriteiten en doelstellingen

Stap 4: Werk acties uit

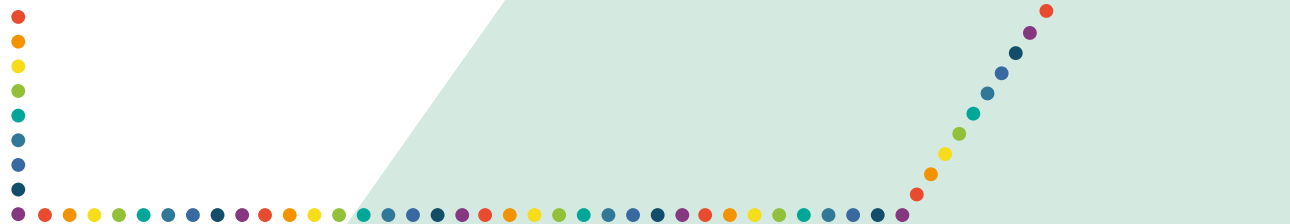
Stap 5: Voer acties uit

Stap 6: Evaluer en stuur bij

Stap 7: Veranker in het kwaliteitsbeleid

In dit overzicht lijkt het te gaan om zeven chronologisch op elkaar volgende stappen. Dit klopt niet helemaal:

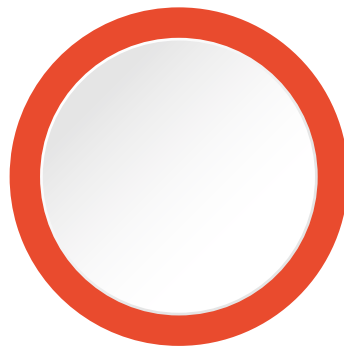
- Stappen 1 en 2 lopen bijvoorbeeld tegelijkertijd. In Stap 1 is het de bedoeling verschillende mensen te overtuigen om mee te stappen in het project. In Stap 2 verzamel je cijfergegevens over de situatie in het WZC, en hoe je die zou kunnen verbeteren. Uiteraard zal je dus gegevens uit Stap 2 nodig hebben tijdens bepaalde opdrachten van Stap 1.
- Stap 6 is evaluatie. Het is logisch om het project als geheel naar het einde van het proces toe te gaan evalueren. Maar in realiteit eindigt elke stap al op een klein evaluatielukkigje. Stap 6 zit dus ook een beetje verweven in al de andere stappen.
- De zeven stappen kunnen naast of door elkaar lopen. Als je een stap hebt voltooid, betekent dat niet dat de vorige stappen geen aandacht meer verdienen.







Tijd voor actie!



Stap 1

Creëer draagvlak

Stap 1 Creëer draagvlak

Als woonzorgcentrum hebben jullie ervoor gekozen om samen op weg te gaan naar effectiever en efficiënter gebruik van psychofarmaca, en dat vraagt voorbereiding. In deze eerste stap bereid je alles voor. Zo stel je een psychofarmacateam samen en leg je de samenwerking met de toeleverende apotheker, CRA en (huis)artsen vast op papier. Daarnaast moeten de neuzen van alle betrokkenen aan het einde van deze stap in dezelfde richting staan.

Je neemt best voldoende tijd om alle medewerkers, vrijwilligers, bewoners en familie te informeren over het

project en je verwachtingen naar hen toe. Reken op een tweetal maanden om te werken aan een draagvlak. Het is belangrijk om ook nadien blijvend aandacht te hebben voor het behoud van het draagvlak.

Heb voldoende oog voor vragen of weerstand en speel hierop in. Dit project kan niet top-down opgelegd worden aan de medewerkers. Motiveren van medewerkers is noodzakelijk om successen te creëren.

De opdrachten in Stap 1: Creëer draagvlak

Je volgt onderstaande opdrachten best chronologisch. Zo start je met het overlopen van de basisvoorwaarden en eindig je met het informeren van je bewoners, familie en vrijwilligers. Uiteraard kunnen bepaalde opdrachten tegelijk plaatsvinden.

- Opdracht 1: Bespreek de basisvoorwaarden voor het project
- Opdracht 2: Stel een psychofarmacacoördinator aan, en een psychofarmacateam samen
- Opdracht 3: Werk samen met huisarts(en) en apotheker(s)
- Opdracht 4: Organiseer een kick-off meeting
- Opdracht 5: Waar wil je naartoe?
- Opdracht 6: Informeer alle medewerkers
- Opdracht 7: Informeer de bewoners, familie en vrijwilligers

Let op: voor sommige van deze opdrachten heb je informatie nodig die je pas verzamelt in de opdrachten van Stap 2. Kijk dus, bij het opstarten van Stap 1, ook al meteen naar Stap 2.

OPDRACHT 1

Bespreek de basisvoorwaarden voor het project

Het is belangrijk dat alle beleidsverantwoordelijken van het woonzorgcentrum op de hoogte zijn van het project en de daaraan verbonden basisvoorwaarden. Zij hebben de belangrijke verantwoordelijkheid om het project

draaiende te krijgen. Organiseer een overleg met de beleidsverantwoordelijken zodat ze voldoende op de hoogte zijn. De volgende opdrachten (2, 3, 4, 5, 6 en 7) helpen je om aan deze basisvoorwaarden te voldoen.



Zijn nog niet alle beleidsmedewerkers overtuigd van de meerwaarde van het project? Bijlage 1 somt de belangrijkste redenen op voor een efficiënter en effectiever psychofarmacagebruik. Dit document helpt je bij het informeren en motiveren van de beleidsverantwoordelijken.

Hieronder bespreken we kort alle basisvoorwaarden. Deze overloop je bij de start van het project met de beleidsverantwoordelijke van je woonzorgcentrum.

- Het woonzorgcentrum investeert 0,2 voltijds equivalent in een **psychofarmacacoördinator**. Hij of zij is het aanspreekpunt over het project en is verantwoordelijk voor een vlotte doorstroming van informatie naar de medewerkers in het woonzorgcentrum. Alle leden van het psychofarmacateam krijgen vrijstelling om een train-de-trainer te volgen over psychofarmaca.
- Het woonzorgcentrum voorziet een multidisciplinair **psychofarmacateam**. In het eerste jaar van het project zal dit team regelmatig samen komen, maar op termijn kan dit evolueren naar minimaal tweemaandelijks. In Opdracht 2 vind je meer info over hoe je een psychofarmacateam samenstelt.
- De **CRA** van het woonzorgcentrum is bereid om mee te werken aan het project en maakt deel uit van het psychofarmacateam. Voldoende ondersteuning van **huisartsen** is ook een voorwaarde voor het project.
- De **toeleverende apotheek** is bereid om mee te werken en maakt deel uit van het psychofarmacateam. In Opdracht 3 vind je meer info over hoe je de huisartsen en apotheek motiveert en betreft.
- Het woonzorgcentrum engageert zich om **alle medewerkers** mee te krijgen in het project. Zo is er de bereidheid om een infomoment te organiseren voor alle betrokkenen, waaronder bewoners, familie, maar ook vrijwilligers en alle andere medewerkers (bijvoorbeeld keukenpersoneel, technische dienst, enzovoort). Verder is het woonzorgcentrum bereid om een vormingsdag over psychofarmaca te organiseren voor al zijn paramedisch en zorgpersoneel (minimaal een halve dag).
- Het woonzorgcentrum beschikt over een **elektronisch bewonersdossier** met medicatiemodule.

OPDRACHT 2

Stel een psychofarmacacoördinator aan, en stel een psychofarmacateam samen

Stel een psychofarmacacoördinator aan. Deze persoon wordt de trekker van het project. Hij/zij beschikt over kennis van het oordeelkundig gebruik van psychofarmaca en over de impact van het verblijf in een

woonzorgcentrum op de levenskwaliteit van bewoners. Als dat nodig is, is hij/zij bereid hier vorming(en) over te volgen. Hij/zij is gemotiveerd om dit project te trekken.



Het expertisecentrum dementie (ECD) biedt vorming aan over 'Medicatiegebruik en dementie'. Deze vorming wil een antwoord bieden op de vele vragen en misverstanden die er bestaan rond de medicamenteuze behandeling bij dementie. Zo wordt onder andere uitleg gegeven over welke medicatie voorgeschreven kan worden en wat hun voor- en nadelen zijn. Daarnaast worden ook de nieuwe/toekomstige therapeutische ontwikkelingen belicht en wordt stilgestaan bij het (over) gebruik van psychofarmaca. Een aantal tips om het medicatiegebruik in de praktijk te verminderen wordt meegegeven, evenals enkele inspirerende voorbeelden.

Meer informatie vind je terug op infocentrum.dementie.be of via de nieuwsbrief op www.dementie.be.

Stel een psychofarmacateam samen met vertegenwoordigers van verschillende disciplines. Misschien beschikt je woonzorgcentrum al over een werkgroep of team dat het gebruik van medicatie bespreekt (bijvoorbeeld voor oordeelkundig gebruik van medicatie bij valpreventie, of voor geneesmiddelen bij het werken met Prezo Woonzorg). Bekijk dan of je de bestaande werkgroep kan gebruiken voor het project, of dat je best een nieuw team creëert.

Het psychofarmacateam komt regelmatig samen en volgt de voortgang van het project op. Bij de opstart van het project zit het team best maandelijks samen. Naarmate het project vordert, kan het aantal bijeenkomsten minderen (bijvoorbeeld twee- of driemaandelijks).

Wie maakt bij voorkeur deel uit van het psychofarmacateam?

- De psychofarmacacoördinator
- Eén vertegenwoordiger per afdeling van je woonzorgcentrum (bijvoorbeeld hoofdverpleegkundige of leefgroepbegeleider)
- Eén stafmedewerker (bijvoorbeeld kwaliteitscoördinator of psycholoog)
- Eén lid van het animatieteam of andere paramedici
- Eén kinesist
- De CRA (of een huisarts)
- De apotheker
- Referentiepersoon dementie (indien aanwezig in je woonzorgcentrum)

Het psychofarmacateam is verantwoordelijk voor:

- De ondersteuning van de psychofarmacacoördinator.
- Het faciliteren van het project in de verschillende diensten van het woonzorgcentrum.
- De inhoudelijke opvolging van het project.
- Het inbedden van het project in het woonzorgcentrum.
- Het informeren van medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers over het project (bijvoorbeeld met de organisatie van informatiesessies voor medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers).

OPDRACHT 3

Werk samen met de huisarts(en) en apotheker(s)

Aangezien psychofarmaca meestal worden voorgeschreven door de huisarts is hun medewerking cruciaal. Idealiter werken de huisartsen van alle bewoners mee. Het minimum voor het welslagen van dit project is medewerking van de huisartsen van twee derde van de bewoners. Ook de motivatie van de verantwoordelijke apotheker van de toeleverende apotheek is van groot belang.

Hoe ga je aan de slag?

Neem contact op met alle (huis)artsen en toeleverende apotheken. Bezorg hen de nodige informatie over het project. Dit kan per e-mail of telefonisch. Als ze hun medewerking bevestigen, stuur hen dan de engagementsverklaring door om te ondertekenen.

Het contacteren van de (huis)artsen kan opgenomen worden door de CRA. Hij/zij is de meest geschikte persoon om hen te motiveren voor deelname. Je kan

ook persoonlijk contact opnemen met de huisarts(en), of het samen met de CRA doen. Breng de huisartsen bij het begin van het project al op de hoogte van het verloop van het project, je verwachtingen naar hen en belangrijke data. Als je van plan bent een informatie-moment te organiseren voor artsen, dan kan je hen nu al op de hoogte brengen.



In Bijlage 2 vind je de engagementsverklaring. In bijlage 3 vind je een voorbeeld brief voor de huisarts. Dit document kan gebruikt worden om artsen en apothekers te informeren.

In Bijlage 4 vind je een overzicht van vormen die huisartsen en toeleverende apotheken kunnen volgen om zich bij te scholen rond het thema psychofarmaca.



MFO OF IPO?

Een voorafgaand MFO en daaropvolgende IPO's zijn ideale platformen die je binnen je woonzorgcentrum kan organiseren. Huisartsen, apothekers, en verpleegkundigen kunnen hier aan deelnemen. Je vindt hier meer informatie over in Bijlage 23 'Handleiding monitoringtool'.

OPDRACHT 4

Organiseer een kick-off meeting

Organiseer in je woonzorgcentrum een eerste vergadering (kick-off meeting) met het psychofarmacateam en laat de beleidsverantwoordelijken hierbij aansluiten.

De belangrijkste doelen zijn:

- Informeren van de direct betrokken medewerkers: de projectdoelstellingen, het verloop van het project, ...
- Motiveren van de direct betrokken medewerkers
- Verdeling van rollen en taken: Welke rol hebben de leden van het psychofarmacateam, wie neemt welke taken op?



De inhoud van het overleg vind je in grote lijnen terug in de PowerPointpresentatie downloadbaar op de VAD-website: www.vad.be/woonzorgcentra. Je kan de presentatie aanvullen met informatie van je eigen team. In de notitievelen van de presentatie vind je hiervoor de nodige instructies.



Presenteer eigen cijfers

In Stap 2 van het stappenplan staat beschreven hoe je de beginsituatie in kaart brengt. Dit doe je best al voor de kick-of meeting. De cijfers die je zo verkrijgt, gebruik je hier als extra motivator bij het psychofarmacateam, de beleidsverantwoordelijken en alle medewerkers. Het kan jullie een boost geven omdat ze de concrete situatie in jullie eigen WZC tonen.



Het zien van onze cijfers voor psychofarmaca, en hoe hoog deze effectief waren, was voor ons een 'wake-up call'! Hier moesten we dringend mee aan de slag!

{psychofarmacacoördinator piloot-WZC}



OPDRACHT 5

Werk je visie uit

Bij de start van het proces is het belangrijk om stil te staan bij je visie als woonzorgcentrum op psychofarmaca: 'Hoe kijken wij naar het gebruik van psychofarmaca?'. De visie op psychofarmaca loopt als een rode draad doorheen je psychofarmacabeleid en bepaalt mee de keuzes die je maakt.

Een discussie over de visie maakt de verschillen in mening in je woonzorgcentrum zichtbaar. Zo wordt duidelijk dat het nodig is om een aanpak uit te werken waar iedereen achter staat. Een duidelijke visie verzoent verschillende meningen met elkaar. Zo kan je vanuit een gedragen standpunt aan de vier strategieën van een psychofarmacabeleid werken.



Als je al een visie over psychofarmaca hebt, helpen onderstaande richtvragen je de huidige visie te evalueren.

Probeer samen met het psychofarmacateam tot een consensus te komen over een visie die richting geeft aan het psychofarmacabeleid van het woonzorgcentrum. Dit kan je doen aan de hand van de richtvragen voor het bepalen van de visie over psychofarmaca.



Je vindt de richtvragen voor het bepalen van de visie over psychofarmaca in Bijlage 5.

Dit kan bijvoorbeeld op de eerste kick-off vergadering (zie Opdracht 4). Het voordeel is dat hier enkele beleidsverantwoordelijken aanwezig zijn. Een nadeel is dat er op de eerste vergadering heel wat te bespreken valt. Als je merkt dat hier geen ruimte voor is, organiseer het dan op de eerstvolgende vergadering met het psychofarmacateam. Ook hier helpt de tip: baseer je op

de eigen cijfers. De gegevens (monitoringtool en huidige situatie) uit Stap 2 kunnen jullie bij het opstellen van de visie ondersteunen.

Hoe ga je met de richtvragen aan de slag?

Geef elke deelnemer een kopie van de richtvragen voor het bepalen van de visie over psychofarmaca.

- Laat iedereen eerst individueel antwoorden aankruisen en formuleren. Er zijn geen juiste of foute antwoorden.
- Overloop de vragen één voor één. Probeer tot een consensus te komen.
- Maak duidelijke afspraken over hoe je hiermee verder gaat:

VISIE	✓
Is de visie duidelijk voor iedereen?	
Is de visietekst zo beknopt mogelijk?	
Geeft de visie duidelijk de richting aan die het woonzorgcentrum de komende jaren wil bewandelen in het omgaan met psychofarmaca?	
Nodigt de visie uit tot actie zodat de doelen gerealiseerd kunnen worden?	
Moet deze visie nog afgetoetst worden met het bestuur of anderen?	
Wie moet intern en eventueel extern geïnformeerd worden over de visie? (bijvoorbeeld personeel, bewoners, familie of vrijwilligers)	
Op welke manier (hoe en wanneer) zal de visie gecommuniceerd worden naar de betrokkenen?	

Voorbeeld van een visietekst:

De opdrachtverklaring van ons woonzorgcentrum indachtig, vinden we dat psychofarmacagebruik bij onze bewoners efficiënt en effectief moet zijn. Onoordeelkundig gebruik van psychofarmaca en te vermijden bijwerkingen voor de bewoners willen we dan ook tegengaan. Om dit te realiseren maken wij psychofarmacagebruik bespreekbaar bij medewerkers, familie en bewoners. We zorgen ervoor dat onze medewerkers voldoende gevormd worden over dit thema, zodat zij gepast kunnen reageren wanneer een bewoner onoordeelkundig psychofarmacagebruik lijkt te hebben. De opstart en afbouw van psychofarmaca gebeurt in nauw overleg met de behandelende arts en volgens wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsrichtlijnen en wordt maandelijks opgevolgd vanuit multidisciplinair team-overleg. Bewoners worden deskundig begeleid en opgevolgd. Vanuit deze visie gaan we op zoek naar betekenisvolle activiteiten voor onze bewoners. We willen bewoners immers op een aangepaste niet-farmacologische wijze kunnen ondersteunen, dit zowel ter preventie van de opbouw van onoordeelkundig psychofarmacagebruik, als bij wijze van alternatief bij de afbouw.



Breng je visie in beeld

Een visie is meestal een uitgeschreven tekst die weinig in het oog springt. Je medewerkers, bewoners en ook familie staan niet te springen om een lange tekst te lezen. Zet je visietekst daarom om in beelden of vat de belangrijke topics samen op één pagina. Maak dit document aantrekkelijk zodat het de aandacht van je bewoners of medewerkers lokt. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een infographic.

OPDRACHT 6

Informeer alle medewerkers

Het psychofarmacateam organiseert één of meerdere informatiemomenten voor alle medewerkers. Het is belangrijk dat je ook onderhouds- en keukenpersoneel, logistieke medewerkers, technische dienst, ... informeert. Zo heeft het onderhoudspersoneel bijvoorbeeld regelmatig contact met bewoners en hebben ze een impact op het slagen van het project. Wanneer niet alle medewerkers aanwezig kunnen zijn tijdens één

van deze informatiesessies, voorzie je best alternatieven. (Bijvoorbeeld afdelingsverantwoordelijken vragen om de afwezigheid op de hoogte te brengen).

De informatiesessie voor medewerkers heeft als doel om de medewerkers te informeren en te sensibiliseren. Je maakt hen in deze sessie warm voor het project, en staat stil bij het belang ervan.



Hoe meer zielen, hoe meer vreugde!

Breng de boodschap op een positieve, energieke manier en benadruk het belang voor de bewoner. Beklemtoon ook het samenhorigheidsgevoel: je neemt samen deel aan het project en elke medewerker speelt een belangrijke rol. Neem tijd om te antwoorden op de vragen en op weerstand van de aanwezigen.



De medewerker van de wasserij stond eerst wat sceptisch tegenover haar deelname aan het infomoment, want 'wat weet zij nu over medicatie en wat kan zij daaraan veranderen?' Na het infomoment kwam diezelfde medewerkster me zeggen dat ze nu heel goed begreep waarom ze aanwezig moest zijn. Zij bracht immers veel tijd door op de kamers van bewoners en kon zo mee helpen om hen te motiveren en gemotiveerd te houden.

{psychofarmacacoördinator piloot-WZC}



Op de VAD-website (www.vad.be/woonzorgcentra) vind je een PowerPointpresentatie die als basis kan dienen voor de informatiesessie voor medewerkers.

OPDRACHT 7

Informeer je bewoners, familie en vrijwilligers

Organiseer een informatiesessie voor bewoners, familie en vrijwilligers. Net zoals de informatiesessie voor medewerkers heeft deze als doel de betrokkenen te informeren en te sensibiliseren. Je maakt bewoners, familie en vrijwilligers warm voor het project en overtuigt hen van de meerwaarde.

Breng familie op de hoogte van het informatiemoment met een persoonlijke brief. Vertel hen hierin dat het project een impact heeft op alle bewoners. Zo bouwen we niet alleen medicatie af bij bewoners die psycho-

farmaca nemen, maar starten we minder snel deze medicatie op en krijgen alternatieve activiteiten en therapieën de voorkeur. Naast de bewoner zelf, kan ook familie een belangrijke rol hebben in het slagen van het project.



Hoe meer zielen, hoe meer vreugde!

Het vraagt wat creativiteit om bewoners, familie en vrijwilligers te overtuigen om naar de infosessie te komen. Hieronder volgen enkele tips die de infosessie aantrekkelijk maken.

- Maak een **mooië, persoonlijke uitnodiging** voor je vrijwilligers, bewoners en familie. Laat hen voelen dat hun inbreng belangrijk is en dat je samen met hen het project tot een goed einde wil brengen. Benadruk in de uitnodiging ook de meerwaarde van het project voor de bewoners. Speel in op hun noden, of op de problemen waarmee familie, vrijwilligers en bewoners geconfronteerd worden.
- Organiseer meerdere infosessies op **verschillende tijdstippen**. Plan bijvoorbeeld één infosessie in de namiddag en plan de andere op een avond. Zo kiezen bewoners, familie en vrijwilligers zelf welk moment hen het beste uitkomt.
- **Koppel de infosessie aan een activiteit**; een spelnamiddag, een wandeling, een alcoholvrije receptie, een filmvoorstelling, ...
- **Voorzie een gratis hapje of een drankje**.



Op de VAD website vind je een PowerPointpresentatie die als basis kan dienen voor de informatiesessie voor bewoners, patiënt en familie. (www.vad.be/woonzorgcentra)

Je kan bewoners, familie en vrijwilligers ook informeren over het project met **folders**. VAD beschikt over een folder over psychofarmaca bij ouderen. De folder is ontwikkeld voor ouderen zelf en hun naasten en geeft onder andere meer informatie over de risico's van psychofarmaca. Je kan de folder gebruiken bij een gesprek over psychofarmaca met een bewoner. Je kan ook zelf informatief materiaal ontwikkelen zoals bijvoorbeeld een affiche om op te hangen op elke afdeling, in de inkomhal of op andere locaties met veel zichtbaarheid.



De folder kan je bestellen of downloaden op www.vad.be/woonzorgcentra-folder

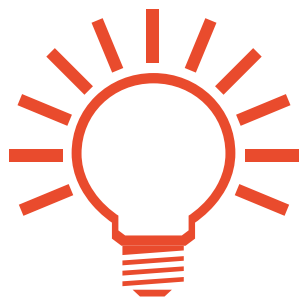


“

Ik vond het moeilijk om mijn slaapmedicatie af te bouwen, maar toen ik hoorde van mijn buurvrouw hoe vlot het bij haar gegaan was en hoeveel beter zij zich nu voelde, heb ik het erop gewaagd.

{bewoonster WZC Leiehome}

”



Hoe ga je om met weerstand?

In deze eerste stap van het project botste je misschien op weerstand van familie, bewoners of medewerkers. Bij de start van een veranderingsproces is het normaal dat niet iedereen meteen overtuigd is van de meerwaarde van de verandering. Medewerkers maken zich misschien zorgen over de werklust, bewoners stellen zich vragen bij hun eigen medicatiegebruik, enzovoort. Heb voldoende aandacht voor deze weerstand. Leg eventuele vragen of problemen op tafel en zoek samen naar een oplossing.

Tips om weerstand te voorkomen:

- **Communicatie** is ontzettend belangrijk bij het creëren van een draagvlak. Communiceer naar bewoners, familieleden, medewerkers, ... ook naast de informatiesessies. Geef je medewerkers regelmatig updates over de voortgang van het project. Laat weten dat ze steeds bij jou terecht kunnen voor vragen en verduidelijking. Herinner bewoners en familieleden af en toe aan het project. Gebruik hiervoor bestaande communicatiekanalen zoals een nieuwsbrief, website of overlegmoment.
- **Bekrachtig inspanningen** in de goede richting, zowel de kleine als de grote en dit zowel bij de bewoners als bij het team.
- **Verhoog de betrokkenheid van bewoners, familie, vrijwilligers en medewerkers.** Geef hen voldoende inspraak in het project. Dit kan je doen door in gesprek te gaan met bewoners en medewerkers, door paramedici en zorgpersoneel te betrekken in de ontwikkeling van een visie, door tijdens je informatiesessie ruimte te laten voor feedback, enz. Je verhoogt de betrokkenheid ook door regelmatig feedback te geven. Laat hen voelen dat hun inbreng belangrijk was en dat je effectief aan de slag bent gegaan met hun ideeën.

“

Vanuit de nachtdienst vreesden we bij de start van het project dat wanneer slaapmedicatie afgebouwd zou worden, dit heel wat meer nachtelijke onrust zou geven. We hebben gemerkt dat dit niet zo is, en dat bewoners nu zelfs mobieler zijn overdag waardoor de zorg vlotter verloopt.

{medewerker nachtdienst WZC Leiehome}

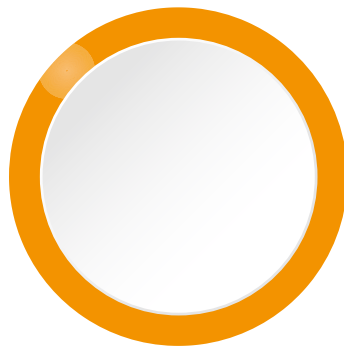
”

Afronden – Procesevaluatie Stap 1

Evalueer of alle opdrachten uit deze stap zijn uitgevoerd aan de hand van onderstaande vragen. Vink af welke opdrachten gerealiseerd zijn en geef aan hoe dit verliep. Ter inspiratie vind je enkele richtvragen.

OPDRACHT	✓		Extra info
Bespreken van de basisvoorwaarden met beleidsverantwoordelijke(n)		Zijn alle basisvoorwaarden voldaan? Hoe verliep dit?	
Aanstellen van een psychofarmacacoördinator			
Samenstellen van een psychofarmacateam		Wie maakt er deel uit van het psychofarmacateam?	
Samenwerking met huisarts(en) en apotheker(s) via engagementsverklaring			
Organisatie van een Kick-off meeting		- Hoe verliep de vergadering? - Wat werd er besproken?	
Het woonzorgcentrum heeft een visie over psychofarmaca		- Hoe werd de visie gecommuniceerd?	
Organisatie van een infosessie voor medewerkers		- Hoe reageerden de medewerkers op de infosessie? - Was er motivatie om deel te nemen aan het project? Hoe uitte zich dit?	
Informerende van bewoners, familie en vrijwilligers		- Hoe reageerden, bewoners, familie en vrijwilligers op de infosessie?	





Stap 2

Breng de beginsituatie in kaart

Stap 2 Breng de beginsituatie in kaart

In Stap 2 breng je in kaart wat er in je woonzorgcentrum allemaal al gebeurt over het thema psychofarmaca. Voorzie voor deze stap minimaal één maand. Als je al over een psychofarmacabeleid beschikt, ga je na of dit nog beantwoordt aan de verwachtingen. Je kan je beleid bijsturen of aanvullen. Ook als je nog geen uitgewerkt psychofarmacabeleid hebt, nam je in het

verleden misschien al initiatieven. Geen enkel woonzorgcentrum begint van nul. Zo beschik je misschien al over een algemeen medicatiebeleid. Je gaat dus in de eerste plaats na wat goed loopt. Nadien sta je stil bij wat je moet bijsturen en wat extra aandacht verdient. We zetten de verschillende opdrachten bij Stap 2 op een rij:

- Opdracht 1: Optimaliseer de staand orders medicatie
- Opdracht 2: Kwantitatieve inventarisatie van het geneesmiddelengebruik
- Opdracht 3: Kwalitatieve inventarisatie van het psychofarmacagebruik



Beperk je in deze stap tot inventariseren en analyseren

Dat klinkt eenvoudiger dan het is, want je zit rond de tafel met een gemotiveerde groep die snel oplossingen wil voor wat niet goed loopt in de praktijk. Stap niet in de valkuil om al aan de uitwerking van het beleid te beginnen. In deze stap maak je een planning voor het werken aan de verschillende onderdelen van een beleid. De concrete uitwerking volgt later. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de psychofarmacacoördinator om dit te bewaken.

OPDRACHT 1

Optimaliseer de stand order medicatie

In deze opdracht is het belangrijk om de stand order medicatie (ook wel 'indien-nodig medicatie' genoemd) van de bewoners uit te zuiveren. Dit gebeurt voor het psychofarmacagebruik in kaart gebracht wordt. Een

hoog aantal stand orders geeft immers een vertekend beeld van het psychofarmacagebruik in je woonzorgcentrum.

- Overloop samen met de CRA, en eventueel de apotheker, **welke bewoners** stand order medicatie hebben in hun medicatiefiche.
- **Evalueer** of de medicatie effectief als stand order gebruikt wordt.
 - **Als de medicatie dagelijks gegeven wordt**, plaats je ze onder de dagelijkse medicatie in de medicatiefiche.
 - **Als de medicatie quasi nooit gegeven werd** in de afgelopen drie maanden, wordt deze verwijderd uit de stand order lijst.
- **Denk na** hoe deze opvolging op regelmatige basis kan gebeuren. Je CRA kan bijvoorbeeld de stand orders driemaandelijks evalueren.

OPDRACHT 2

Kwantitatieve inventarisatie van het geneesmiddelengebruik

In deze opdracht krijg je meer zicht op het geneesmiddelengebruik (waaronder psychofarmaca), de klinische uitkomstmaten en interdisciplinair overleg. Dit gebeurt aan de hand van de monitoringtool. De monitoringtool bevat elementen onderverdeeld in drie overkoepelende categorieën:

- Geneesmiddelengebruik
- Klinische uitkomstmaten
- Interdisciplinair overleg

Elke categorie moet geëvalueerd worden, al hoeft dit niet altijd op hetzelfde moment. Onder Stap 6 vind je de voorgestelde frequentie terug.



De handleiding van de monitoringtool vind je terug in Bijlage 23.

Op basis van deze inventarisatie, het inventariseren van initiatieven over psychofarmaca die al genomen worden in het woonzorgcentrum (Stap 2, Opdracht 3) en de visie van het WZC (Stap 1, Opdracht 5) kan je later in Stap 3 prioriteiten bepalen.



Motiveer met cijfers

Gebruik de cijfers om iedereen te motiveren! De eerste cijfers geven een stand van zaken in het WZC. Je kan ze gebruiken tijdens de eerste vergadering van het psychofarmacateam, tijdens de informatiesessie voor medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers of om je huisartsen te overtuigen. Deze cijfers bieden verschillende mogelijkheden. Gebruik ze in je voordeel!

OPDRACHT 3

kwalitatieve inventarisatie van het psycho-farmacagebruik

Ga na hoe jullie ervoor staan: 'Ondervinden onze bewoners problemen? Hebben de hulpverleners vragen bij het gebruik van psychofarmaca of ondervinden zij problemen?, ...'.



Om de huidige situatie in je woonzorgcentrum in kaart te brengen en prioriteiten te bepalen, kan je gebruik maken van het schema in Bijlage 6. Hier wordt enkel gefocust op de vier strategieën van een beleidsmatige aanpak, maar je kan ze ook differentiëren naar de vier niveaus. Dat zijn dan de bewoner, de afdeling van het woonzorgcentrum, het woonzorgcentrum en de omgeving buiten het woonzorgcentrum.

Hoe ga je met dit schema aan de slag?

Er zijn verschillende mogelijkheden om met dit schema te werken. Je kan het bespreken tijdens het **psycho-farmacateam** en daar de prioriteiten vastleggen. Je baseert je dan op de ervaringen van de leden van deze werkgroep. Ook verslagen, bewonersdossiers of uitgewerkte casussen leveren een schat aan informatie op. Een voordeel van het schema in te vullen samen met de werkgroep is dat het snel kan gaan. Een nadeel is dat de rest van het woonzorgcentrum niet betrokken is en dus geen input kan leveren.



Gebruik de GPS-Brainstormmethode

De GPS-brainstormmethode is een handig hulpmiddel om in groep te brainstormen. Dit werd ontwikkeld door Flanders DC (<https://www.flandersdc.be/nl/gids/tools/gps>).

Er zijn verschillende mogelijkheden om **input van het team** te verzamelen:

- Je zet het schema op een grote flap en hangt deze uit op elke afdeling. Medewerkers kunnen hun ideeën noteren op het papier. Als je deze methode gebruikt, ga dan regelmatig langs op de afdeling en stimuleer medewerkers om de flap in te vullen.
- Je laat afdelingsverantwoordelijken dit schema bespreken op een teamvergadering of een overdrachtsmoment. Je vraagt hen om zo input van het team te verzamelen en uit te schrijven.

Wat doen we al? Wat loopt goed? Wat loopt minder goed?

Bij het invullen van deze kolom kan je gebruik maken van onderstaande richtvragen. Het is niet noodzakelijk om alle vragen te overlopen. Ze kunnen je wel inspireren. Aan de hand van de vragen denk je na over de stand van zaken in je woonzorgcentrum en de verschillende strategieën van een psychofarmacabeleid. Neem er eventueel enkele concrete situaties of casussen bij om de bespreking meer inhoud te geven. Heb hierbij niet alleen aandacht voor wat moeilijk loopt, maar zeker ook voor wat goed gaat.



Educatie

- Hoe informeren we onze bewoners, familie en vrijwilligers over het gebruik van psychofarmaca?
- Welke vormingen organiseren we om medewerkers te informeren over het gebruik van psychofarmaca?
- Wat is onze rol op vlak van informeren en vormen van personeel?
- Wat is onze rol op vlak van informeren van bewoners, familie en vrijwilligers?
- Hoe gaat medewerkers om met moeilijk hanteerbaar gedrag?
- Hoe wordt er door het personeel omgegaan met bijvoorbeeld slaapproblemen, depressie, moeilijk hanteerbaar gedrag enzovoort?



Omgevingsinterventies

- Welke alternatieve activiteiten zijn er voor de bewoners? Zijn deze persoonsgericht? (zie Bijlage 20 'In 20 stappen naar betekenisvolle activiteiten in jouw woonzorgcentrum').
- Hoe vaak vinden de vaste activiteiten plaats?
- Welke alternatieve activiteiten kent het personeel?
- Wat missen we op vlak van activiteiten?
- Is verantwoord psychofarmacagebruik bespreekbaar met bewoners en familie?
- Is er een positieve samenwerking met bewoners en familie op het vlak van psychofarmacagebruik? Praten we hierover met bewoners? Betrekken we bewoners en familie bij de opstart van psychofarmaca?
- Hebben bewoners inspraak in het activiteitenaanbod? Hoe gebeurt dit?
- Worden activiteiten als betekenisvol ervaren door de bewoners? Hoe merk je dit?



Afspraken en regels

- Wat zijn afspraken over psychofarmacagebruik?
- Beschikken we over procedures? Wanneer worden psychofarmaca opgestart, wanneer afgebouwd?
- Staan de afspraken en procedures op papier? Voor het personeel, bewoners, vrijwilligers en familie?
- In welke mate worden deze afspraken en procedures gedragen?
- In welke mate zijn ze werkbaar en worden ze toegepast in de praktijk?
- Wat missen we op vlak van afspraken en regels?



Zorg en begeleiding

- Welk aanbod hebben we voor de begeleiding van bewoners met psychische problemen? Hebben we aandacht voor moeilijk hanteerbaar gedrag, depressie, ... bij opname of na diagnose?
- In welke mate is dit aanbod gekend?
- In welke mate wordt dit aanbod ook toegepast in de praktijk?
- Wat missen we op vlak van begeleiding?
- Hoe gaat het personeel om met moeilijk hanteerbaar gedrag?
- Wat is onze rol ten aanzien van psychofarmacagebruik van de bewoners?
- Hoe verloopt de samenwerking met de (huis)arts bij de opstart, opvolging en afbouw van psychofarmaca?
- Is er een samenwerking met de toeleverende apotheek?
- Wie volgt het psychofarmacagebruik op bij onze bewoners?

Hoe tevreden zijn we hierover?

Geef in het schema in Bijlage 6 een globale indicatie van hoe tevreden jullie zijn over de invulling van dit onderdeel van het psychofarmacabeleid in jullie woonzorgcentrum.



= zeer tevreden:

We namen al heel wat initiatieven.

We zijn goed bezig.



= matig tevreden:

We zijn op de goede weg.

Er is nog ruimte voor verbetering.



= niet tevreden:

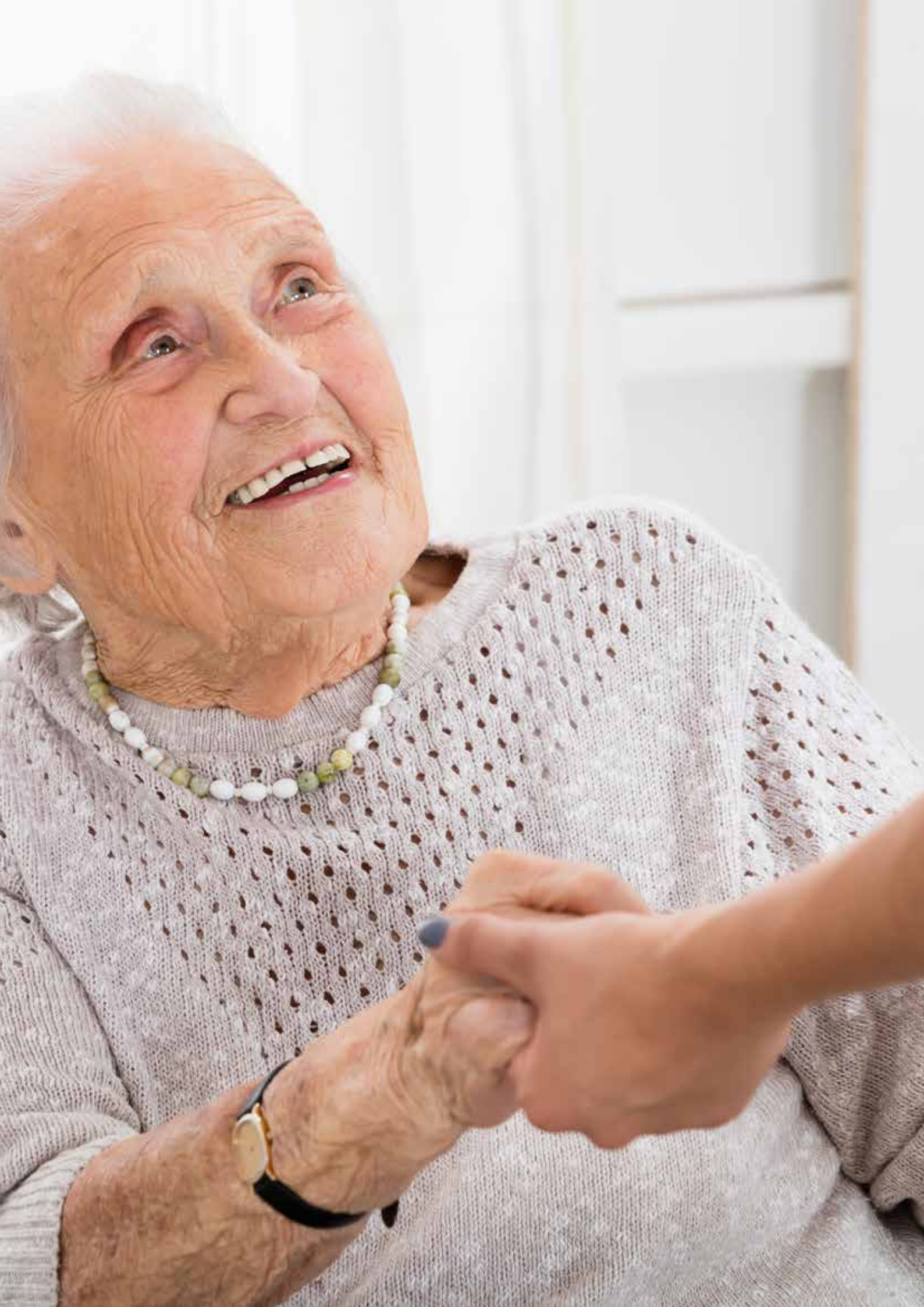
Er is nog werk aan de winkel.

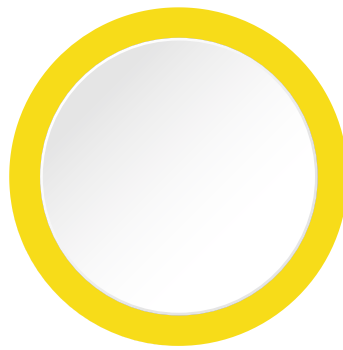
Afronden – Procesevaluatie Stap 2

Je bent aan het einde van Stap 2 en hebt een duidelijk beeld van de beginsituatie. Evalueer of alle opdrachten uit deze stap zijn uitgevoerd aan de hand van onderstaande vragen. Vink af welke opdrachten gerealiseerd zijn en geef aan hoe dit verliep. Ter inspiratie vind je enkele richtvragen.

OPDRACHT	✓		Extra info
Staand orders medicatie zijn uitgezuiverd		- Wie is er verantwoordelijk voor het uitzuiveren van de staand orders? - Hoe verliep dit? - Wordt dit regelmatig herhaald?	
Kwantitatieve inventarisatie van het huidige geneesmiddelengebruik met de monitoringtool		- Wat zijn de cijfers voor het woonzorgcentrum? - Springt een bepaald psychofarmacacon eruit?	
Kwalitatieve inventarisatie van het psychofarmacagebruik		- Wat doen we al rond psychofarmaca? - Wat waren de belangrijke knelpunten?	







Stap 3

Bepaal prioriteiten en doelstellingen

Stap 3 Bepaal prioriteiten en doelstellingen

In Stap 3 bepaal je op basis van de huidige situatie je prioriteiten en doelstellingen voor het psychofarmacabeleid. De gemeenschappelijke visie over psychofarmaca die in Stap 1 werd opgesteld biedt hier ondersteuning. Die visie geeft mee richting aan het bepalen van prioriteiten en doelstellingen op maat van je woonzorgcentrum. Voorzie voor deze stap minimaal één maand. In Stap 3 werk je aan volgende opdrachten:

- Opdracht 1: Bepaal de prioriteiten
- Opdracht 2: Formuleer de doelstellingen

OPDRACHT 1

Bepaal de prioriteiten

Neem het ingevulde schema uit Stap 2, de kwantitatieve inventarisatie en je visie over psychofarmaca erbij. Bepaal de prioriteiten voor je woonzorgcentrum. Hou rekening met de medicatiecijfers uit de inventarisatie (bijvoorbeeld: welke psychofarmaca worden het meest gebruikt?) en met de

initiatieven die al genomen worden per strategie van het psychofarmacabeleid (bijvoorbeeld: aan welke strategie werd nog het minst aandacht besteed?). Waarop moet prioritair ingezet worden?

Er zijn heel wat criteria waarop je je prioriteiten kan bepalen:

- Waar is het meeste nood aan?
 - Wat loopt het moeilijkst?
 - Op welke afdeling zorgt het psychofarmacagebruik het vaakst voor problemen?
 - Voor welke aanpassingen is de meeste motivatie of het grootste draagvlak?
 - Wat is momenteel het minst uitgewerkt?
 - Met welke problemen worden we het meest geconfronteerd?
-

OPDRACHT 2

Formuleer de doelstellingen

In deze opdracht formuleer je de algemene doelstellingen van het project op maat van jouw woonzorgcentrum.

Algemene projectdoelstellingen

De algemene projectdoelstellingen zijn de minimaal te behalen doelstellingen. Je past deze doelstellingen aan op maat van je woonzorgcentrum. Naast deze algemene projectdoelstellingen kan je als woonzorgcentrum nog extra doelstellingen formuleren.

- Het woonzorgcentrum informeert alle medewerkers over de visie, en over het huidige gebruik van psychofarmaca.
- Het woonzorgcentrum informeert de artsen en toeleverende apotheek over de visie en het huidige gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum
- Het woonzorgcentrum informeert bewoners en familie of naasten over de visie en het huidige gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum.
- Het woonzorgcentrum organiseert een vorming voor paramedisch en zorgpersoneel over het gebruik van psychofarmaca bij ouderen.
- Het woonzorgcentrum brengt het psychofarmacagebruik bij zijn bewoners in kaart, gaat na of dit oordeelkundig is en volgt het gebruik op.
- Het woonzorgcentrum bouwt het psychofarmacagebruik af bij bewoners die één of meerdere psychofarmaca op onoordeelkundige wijze gebruiken.
- Het woonzorgcentrum ontwikkelt een preventieve aanpak voor het gebruik van psychofarmaca bij bewoners.

Doelstellingen op maat van het woonzorgcentrum

Op basis van de prioriteiten van je WZC en de algemene doelstellingen van het project, bepaal je nu de doelstellingen voor je woonzorgcentrum. Maak je formulering SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel,

Realistisch en Tijdsgebonden). Formuleer voldoende doelstellingen die op korte termijn te realiseren zijn. Begin met het selecteren van enkele doelstellingen waar je met je woonzorgcentrum eerst aan wil werken.

Voorbeeld 1: *Uit je analyse blijkt dat slaap- en kalmeringsmiddelen het meest gebruikt worden door je bewoners. Je medewerkers geven aan dat bewoners na een ziekenhuisopname vaak terugkomen met slaap- en kalmeringsmiddelen. Dan kan je ervoor kiezen om eerst deze medicatie bij de bewoners te gaan afbouwen. En in een latere fase antidepressiva en antipsychotica af te bouwen.*

Algemene doelstelling van het project: Het woonzorgcentrum bouwt het gebruik van psychofarmaca af bij bewoners die één of meerdere psychofarmaca op onoordeelkundige wijze gebruiken.

Doelstelling op maat van je woonzorgcentrum: Het woonzorgcentrum bouwt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen af met minimum 5% bij bewoners die één of meerdere slaap- en kalmeringsmiddelen onoordeelkundig gebruiken, tijdens de eerste 12 maanden van het project.

- Specifiek: De afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen bij bewoners die één of meerdere slaap- en kalmeringsmiddelen onoordeelkundig gebruiken.
- Meetbaar: De afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen met minimum 5%.
- Acceptabel: Het volledige psychofarmacateam kan zich vinden in deze doelstelling.
- Realistisch: Denk na over de haalbaarheid van je doelstelling.
- Tijdsgebonden: Tijdens de eerste 12 maanden van het project of na één jaar.

Voorbeeld 2: *Je stelt vast dat veel van je bewoners antidepressiva nemen. En in de meeste gevallen werd deze medicatie opgestart in je woonzorgcentrum omwille van neerslachtigheid of depressieve gevoelens. Dit wil niet noodzakelijk zeggen dat deze bewoners depressief zijn. Er is een preventieve aanpak nodig waarbij de opstart van antidepressiva kritisch overwogen wordt en er aandacht is voor niet-farmacologische alternatieven.*

Algemene doelstelling van het project: Het woonzorgcentrum ontwikkelt een preventieve aanpak voor het gebruik van psychofarmaca bij bewoners.

Doelstelling op maat van je woonzorgcentrum: Het woonzorgcentrum ontwikkelt een preventieve aanpak voor de opstart van antidepressiva. Deze preventieve aanpak is van toepassing voor alle afdelingen in het woonzorgcentrum.

- Specifiek: De preventieve aanpak wordt consequent toegepast.
- Meetbaar: De preventieve aanpak is van toepassing op alle afdelingen van het woonzorgcentrum.
- Acceptabel: Het volledige psychofarmacateam kan zich vinden in deze doelstelling.
- Realistisch: Denk na over de haalbaarheid van je doelstelling.
- Tijdsgebonden: Tijdens de eerste 6 maanden van het project.

Voorbeeld 3: Vorming van medewerkers is enorm belangrijk. Bij de meeste woonzorgcentra is dit één van de eerste doelstellingen om te verwezenlijken. Als uit je analyse blijkt dat medewerkers de voorbije jaren geen vorming kregen over dit thema en de kennis beperkt is, pak je dit thema best eerst aan. Er is vaak ook weinig aandacht voor vorming over niet-farmacologische alternatieven. Geef ook aandacht aan de levenskwaliteit en alternatieve activiteiten van bewoners.

Algemene doelstelling van het project: Het woonzorgcentrum organiseert deskundigheidsbevordering voor paramedisch en zorgpersoneel over het gebruik van psychofarmaca bij ouderen.

Doelstelling op maat van je woonzorgcentrum: Het woonzorgcentrum organiseert tijdens de eerste drie maanden van het project deskundigheidsbevordering voor minimaal 80% van de verpleeg- en zorgkundigen over het gebruik van psychofarmaca.

- Specifiek: Organiseren van deskundigheidsbevordering voor minimaal 80% van de verpleeg- en zorgkundigen.
- Meetbaar: Aanwezigheid van minimaal 80% van de verpleeg- en zorgkundigen.
- Acceptabel: Het volledige psychofarmacateam kan zich vinden in deze doelstelling.
- Realistisch: Denk na over de haalbaarheid van je doelstelling.
- Tijdsgebonden: Tijdens de eerste drie projectmaanden.

Het formuleren van doelstellingen vraagt tijd. Besteed voldoende aandacht aan deze opdracht. Je doelstellingen bepalen het verdere verloop van het project. Je beslist nu wat je wil verbeteren.



Bijlage 7 'SMART projectdoelstellingen' helpt je bij het uitschrijven van je doelstellingen.

Afronden – Procesevaluatie Stap 3

Je bent aan het einde van Stap 3. Evalueer of alle opdrachten uit deze stap zijn uitgevoerd aan de hand van onderstaande vragen. Vink af welke opdrachten gerealiseerd zijn en geef aan hoe dit verliep. Ter inspiratie vind je enkele richtvragen.

OPDRACHT	✓		Extra info
Bepaal je prioriteiten		- Waar is het meeste nood aan? - Hoe werd dit bepaald?	
Formuleer je doelstellingen		- Zijn de algemene doelstellingen vertaald op maat van het WZC?	





Stap 4

Werk acties uit

Stap 4 Werk acties uit

In Stap 4 geven we de acties weer die minimaal moeten gebeuren om de algemene doelstellingen van het project te realiseren. Net zoals je in de vorige stap de algemene projectdoelstellingen vertaalde op maat van jouw WZC, vertaal je in deze stap de minimale acties op maat van je WZC. Vervolgens situeer je ze

in de gezondheidsmatrix (zie Bijlage 8) om na te gaan of er voldoende aandacht is voor alle strategieën en niveaus om tot een kwaliteitsvol psychofarmacabeleid te komen. Tot slot maak je per actie een actieplan.

In Stap 4 komen volgende opdrachten aan bod:

- Opdracht 1: vertaal de minimale acties in acties op maat van jouw WZC
- Opdracht 2: situeer de acties in de gezondheidsmatrix
- Opdracht 3: stel een actieplan op

AANDACHTSPUNTEN OVER DE DOELSTELLINGEN HEEN:

- Binnen het project werden er algemene richtlijnen voor psychofarmaca ontworpen (zie Bijlage 12). Hierbij is er aandacht voor elk type psychofarmacon (zie Bijlages 13, 14 en 15). Het afbouwen en voorkomen van onoordeelkundig psychofarmacagebruik is afhankelijk van het rapporteren en registreren van gedragingen. In de richtlijn vind je de aandachtspunten. Op basis van deze richtlijnen werk je acties uit.
- In de achtergrond van de richtlijnen vind je:
 - Informatie die je kan helpen bij het informeren van huisartsen, apothekers, medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers
 - Preventieve tips
 - Tips bij afbouw van het psychofarmacon
- In Bijlage 18 vind je de achtergrond voor niet-farmacologische alternatieven. Ook hier vind je informatie en tips die als basis dienen voor het opmaken van acties.



Vertaal de informatie

Vertaal de informatie, preventieve tips en tips bij afbouw op maat van de medewerkers van het woonzorgcentrum. Je kan de informatie bijvoorbeeld aanbieden aan de hand van een extra PowerPointpresentatie, of een fiche maken met tips die voor de medewerkers belangrijk zijn. Zoek hoe jij het best deze informatie, preventieve tips en afbouw tips kan aanleveren aan de medewerkers.

OPDRACHT 1

Vertaal de acties in acties op maat van de doelstellingen van jouw WZC

Om tot een kwaliteitsvol psychofarmacabeleid te komen moeten bepaalde acties minimaal uitgevoerd worden. De minimale acties worden hierna weergegeven, ingedeeld volgens de algemene doelstellingen van het project. Daarnaast worden ook optionele acties

voorgesteld. Soms zijn de acties ook gespecificeerd naar type psychofarmakon. **Deze acties moeten vertaald/geconcretiseerd worden naar het eigen WZC. Naast de voorgestelde acties kan je uiteraard ook eigen acties toevoegen.**

- **Het woonzorgcentrum informeert alle medewerkers over de visie, en het huidige gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum.**



Minimale acties:

- De visie van het woonzorgcentrum hangt op of is beschikbaar in de verpleegpost van de afdeling.
- De visie van het woonzorgcentrum wordt naar alle medewerkers gecommuniceerd via bestaande communicatiekanalen (bijvoorbeeld teamoverleg, nieuwsbrief, mailing, ...).
- De achtergrond bij de richtlijn over slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva of antipsychotica hangt op of is beschikbaar in de verpleegpost van de afdeling.
- Breng het hele afdelingsteam op de hoogte dat psychofarmaca worden afgebouwd bij bepaalde bewoners en dat dit invloed kan hebben op het gedrag van deze bewoners.



Optionele acties:

- De achtergrond bij de richtlijn over slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva of antipsychotica wordt besproken op het teamoverleg van het afdelingsteam.

-
- **Het woonzorgcentrum informeert de artsen en toeleverende apotheek over de visie en het huidige gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum.**



Minimale acties:

- Alle huisartsen en de toeleverende apotheker krijgen een informatiebrief met een korte beschrijving van de visie en de mogelijke afbouw van psychofarmaca bij bewoners. Een voorbeeld van zo'n brief vind je in Bijlage 3.
- Alle huisartsen krijgen informatie over de afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva of antipsychotica.



Optionele acties:

- Organiseer een infoavond over de afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva of antipsychotica voor alle huisartsen en verantwoordelijke apotheker.
- Het woonzorgcentrum informeert de artsen en toeleverende apotheek over het beschikbare vormingsaanbod over psychofarmaca. Het vormingsaanbod vind je terug in Bijlage 4.

-
- **Het woonzorgcentrum informeert bewoners en hun familie of naasten over de visie en het huidige gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum.**



Minimale acties:

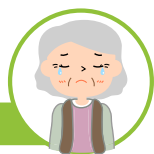
- Sensibiliserende en informerende folders zijn aanwezig op elke afdeling van het woonzorgcentrum. (Zie bijvoorbeeld www.vad.be/woonzorgcentra-folder)
- Communiceer de visie over het gebruik van psychofarmaca naar bewoners, familie en naasten via je communicatiekanalen (bewonerskrantje, nieuwsbrief, enzovoort). Hang, waar mogelijk, de visie uit op een zichtbare plaats.
- Neem de visie over het gebruik van psychofarmaca op in belangrijke informatiebronnen zoals een informatiebrochure over je woonzorgcentrum of je website.

Slaap- en kalmeringsmiddelen



- Geef tips over slaaphygiëne aan de bewoners via het bewonerskrantje of de nieuwsbrief.

Antidepressiva



- Geef tips aan de bewoners over omgaan met verdriet, rouw of neerslachtigheid via het bewonerskrantje of de nieuwsbrief.

- **Het woonzorgcentrum organiseert deskundigheidsbevordering voor paramedisch en zorgpersoneel over het gebruik van psychofarmaca bij ouderen.**



Minimale acties:

- Alle paramedici en zorgpersoneel krijgen een vorming over de afbouw van psychofarmaca bij ouderen.
- Alle paramedici en zorgpersoneel krijgen extra informatie over slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva of antipsychotica.

- **Het woonzorgcentrum brengt het psychofarmacagebruik bij zijn bewoners in kaart, gaat na of dit oordeelkundig is en volgt het gebruik op.**



Minimale acties:

- De elementen van de monitoringtool worden geëvalueerd voor alle bewoners van het woonzorgcentrum.
- De overlijdens, nieuwe opnames en heropnames na ziekenhuisopname worden in de monitoringtool opgevolgd.
- De psychofarmacacoördinator gaat samen met de (hoofd)verpleegkundigen en arts/apotheker na of het psychofarmacagebruik bij de bewoners oordeelkundig is. Hiervoor kan je bijvoorbeeld het Formularium Ouderenzorg van Farmaka gebruiken. Meer informatie daarover vind je op <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium>.

Antipsychotica



- Aan de hand van registraties tracht men de reden voor 'het moeilijk hanteerbaar gedrag' te achterhalen. Zie Bijlage 16 'Observatieschema antipsychotica'.
- Informeer het hele behandelende team over de oorzaken van het moeilijk hanteerbaar gedrag van een bewoner.
- Informeer de familie van de bewoner over de oorzaken van het moeilijk hanteerbaar gedrag.

- **Het woonzorgcentrum bouwt het psychofarmacagebruik af bij bewoners die één of meerdere psychofarmaca op onoordeelkundige wijze gebruiken (gebruik hiervoor een formularium).**



Minimale acties:

- Het woonzorgcentrum maakt gebruik van de algemene richtlijn psychofarmaca.
- Elke afdeling maakt gebruik van de richtlijn slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica.
- De huisarts informeert de bewoner die één of meerdere psychofarmaca op onoordeelkundige wijze gebruikt over de voor- en nadelen van het gebruik en bekijkt met de bewoner of afbouw mogelijk is.
- De verantwoordelijke verpleegkundige heeft een informatief gesprek met de bewoner over de afbouw van zijn psychofarmaca. In dit gesprek motiveert de verpleegkundige de bewoner tot afbouw. De verpleegkundige kan hierbij gebruik maken van een folder. Je kan deze downloaden of bestellen op www.vad.be/woonzorgcentra-folder.

- De verantwoordelijke verpleegkundige of arts informeert de bewoner die gemotiveerd is tot afbouw over de mogelijke ontweningsverschijnselen.
- Familieleden krijgen informatie over de afbouw van psychofarmaca bij hun familielid.

- **Het woonzorgcentrum ontwikkelt een preventieve aanpak voor het gebruik van psychofarmaca bij bewoners.**



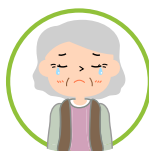
Minimale acties:

- Alle medewerkers van de afdeling volgen de bewoners op tijdens hun afbouwproces door de afbouw te observeren en te rapporteren in hun elektronisch dossier.
- Alle medewerkers van de afdeling gaan regelmatig langs bij de bewoners om de eventuele moeilijkheden van afbouw te bespreken.
- Op de afdeling is er een multidisciplinair aanbod van niet-farmacologische alternatieven voor medicatie.



Slaap- en kalmeringsmiddelen:

- Alle medewerkers van de afdeling letten op de slaaphygiëne van de bewoners.



Antidepressiva

- Alle medewerkers van de afdeling letten op het welzijn van de bewoners.



Antipsychotica

- Door middel van registraties wordt de reden van het 'moeilijk hanteerbaar gedrag' achterhaald.
 - Informeer het hele behandelende team over de oorzaken van het moeilijk hanteerbaar gedrag van een bewoner.
 - Informeer de familie van de bewoner over de oorzaken van het moeilijk hanteerbaar gedrag.

OPDRACHT 2

Situeer de acties in de gezondheidsmatrix

Vervolgens situeer je de acties die je zal uitvoeren in de gezondheidsmatrix om na te gaan of er voldoende aandacht is voor alle strategieën en niveaus om tot een kwaliteitsvol psychofarmacabeleid te komen. Naast een lege gezondheidsmatrix in Bijlage 8, vind je ook een voorbeeld van een ingevulde gezondheidsmatrix in Bijlage 9.

OPDRACHT 3

Stel een actieplan op

In Opdracht 3 bundel je de acties die je gaat uitvoeren in een actieplan. Dit actieplan (Bijlage 10) is je wegbeschrijving. Een doorgedreven planning is noodzakelijk om de gewenste doelen van het beleid te bereiken. In het actieplan formuleer je concrete taken bij al je acties. Voor iedere actie wordt bepaald wie ze uitvoert, wanneer ze wordt uitgevoerd, hoe erover gecommuniceerd wordt en hoe ze geëvalueerd en opgevolgd wordt.

Bespreek het actieplan met de beleidsmedewerkers van je woonzorgcentrum. Het is belangrijk dat zij achter je plan staan, zodat ze financiële middelen en medewerkers kunnen vrijmaken om je plan te realiseren.



Heb niet enkel aandacht voor het afbouwen

Psychofarmaca worden vaak onoordeelkundig gebruikt, maar ze worden nooit opgestart zonder reden. Naast het evalueren van de reden voor opstart, dient het onderliggend probleemgedrag te worden aangepakt. Niet-farmacologische alternatieven hebben hier meestal de voorkeur. Heb hier dan ook zeker aandacht voor bij het uitwerken van de acties! Een preventief psychofarmacabeleid gaat breder dan enkel het afbouwen van onoordeelkundig psychofarmacagebruik.

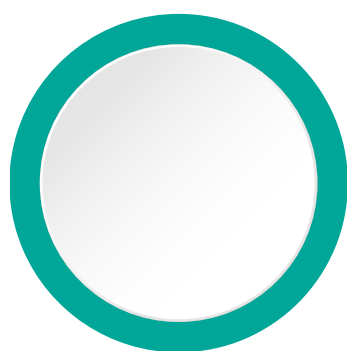
Niet-farmacologische alternatieven zijn er ter vervanging van de 'pil', maar ze zijn ook een sterk **preventief middel**. Niet-farmacologische alternatieven verhogen immers de levenskwaliteit, met minder probleemgedrag en dus minder nood aan psychofarmaca tot gevolg.

Afronden – Procesevaluatie Stap 4

Je bent aan het einde van Stap 4. Evalueer of alle opdrachten uit deze stap zijn uitgevoerd aan de hand van onderstaande vragen. Vink af welke opdrachten gerealiseerd zijn en geef aan hoe dit verliep. Ter inspiratie vind je enkele richtvragen.

OPDRACHT	✓		Extra info
Vertaal je doelstellingen in acties op basis van de gezondheidsmatrix		- Zijn de acties afgetoetst aan de gezondheidsmatrix?	
Stel een actieplan op			





Stap 5

Voer acties uit

Stap 5 Voer acties uit

In stap 5 ga je aan de slag. Aan de hand van het actieplan heb je een overzicht van alle acties. Met de uitvoering en implementatie van het actieplan staat of valt je psychofarmacabeleid. Bereid dit goed voor in overleg met het psychofarmacateam. Het beleid treedt

in werking in het woonzorgcentrum en wordt zichtbaar voor medewerkers, bewoners, familie en vrijwilligers. De duur van deze stap hangt af van je doelstellingen en varieert tussen enkele maanden en jaren.



Hou vol!

Na maanden van voorbereiding, ga je in Stap 5 over tot actie. Onderstaande tips helpen om Stap 5 vlot te laten verlopen:

- Hou op voorhand rekening met vertragingen. Er zijn heel wat externe factoren waar je geen vat op hebt: medewerkers die uitvallen, nieuwe bewoners, enzovoort.
- Leer uit acties die niet goed verliepen. Het is normaal dat niet alle acties perfect verlopen. Dat is eigen aan verandering. In deze stap pas je het actieplan voortdurend aan de realiteit van je woonzorgcentrum. Blijf kritisch en laat je niet ontmoedigen.
- Blijf ook in deze stap oog hebben voor een breed draagvlak en speel in op weerstanden die tijdens de uitvoering opduiken.
- Communiceer regelmatig over het actieplan en deel updates mee aan alle betrokkenen in je woonzorgcentrum (werknemers, bewoners, familie, ...) via nieuwsbrieven, mail, enzovoort.
- Durf advies vragen aan je collega's. Ze kunnen helpen zoeken naar oplossingen en hun betrokkenheid vergroot het draagvlak.

“

Doorzetten is heel belangrijk binnen dit project, zo bekom je een mentaliteitswijziging bij iedereen! Zo merkte ik bijvoorbeeld dat verpleeg- en zorgkundigen na verloop van tijd zelf artsen gingen aanspreken om medicatie af te bouwen, of dat medewerkers die iets gelezen hadden over het project in het bewonerskrantje zelf met aanvullende ideeën kwamen. Het project ging 'leven' bij iedereen.

{hoofdverpleegkundige piloot-WZC}

”



Geef regelmatig feedback op verschillende niveaus

Geef niet alleen feedback aan het einde van het project. Sta regelmatig stil bij wat je realiseert en geef tussentijdse feedback aan je medewerkers, bewoners en andere betrokkenen.

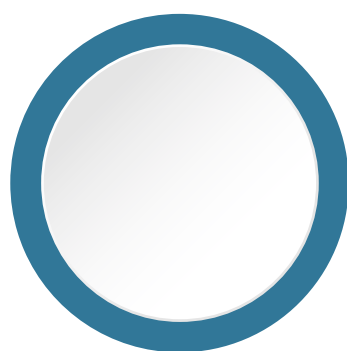
- **Bewoner:** Bij de individuele begeleiding van bewoners sta je regelmatig stil bij de gerealiseerde doelstellingen, zeker wanneer de bewoner zijn medicatie afbouwt. Zet bewoners bijvoorbeeld in de bloemetjes wanneer ze hun medicatie hebben afgebouwd of neem hun verhaal op in het bewonerskrantje. Heb hierbij vooral aandacht voor de kwaliteit van leven die mogelijk is verbeterd.
- **Afdeling in het woonzorgcentrum:** Zet niet alleen je bewoners in de bloemetjes, maar bedank ook regelmatig de medewerkers van een afdeling voor hun inzet. Geef positieve feedback en sta stil bij doelstellingen die door het team zijn gerealiseerd. Wanneer bijvoorbeeld alle paramedici en zorgkundigen van één afdeling aanwezig waren op een vorming, bedank hen dan uitdrukkelijk door een boodschap op te hangen in de verpleegpost.
- **Woonzorgcentrum:** Koppel regelmatig resultaten terug naar vrijwilligers, familie, enzovoort. Gebruik hiervoor bestaande communicatiekanalen of wees creatief. Maak bijvoorbeeld een projectmuur waar je regelmatig nieuwe resultaten, verhalen, ... over het project in de kijker zet. Laat iedereen voelen dat het project leeft.
- **Buiten het woonzorgcentrum:** Vergeet zeker ook niet te communiceren naar externe partners zoals huisartsen. Loopt het project goed? Zet de (tussentijdse) resultaten dan zeker in de kijker.

Afronden – procesevaluatie Stap 5

Je bent aan het einde van Stap 5. Gezien Stap 5 het uitvoeren van acties omvat worden hier geen specifieke vragen gesteld. Om de acties te evalueren bekijk je op regelmatige basis of de acties worden uitgevoerd zoals voorzien en of ze nog moeten bijgestuurd worden.

Onder Stap 6, Opdracht 3 vind je terug hoe je het actieplan kan evalueren. Welke acties zijn al reeds uitgevoerd? Waar zet je nog verder op in, en op welke termijn?





Stap 6

Evalueer en stuur bij

Stap 6 Evalueer en stuur bij

In Stap 6 evalueer je het volledige project, zowel op korte als op lange termijn. Je maakt een onderscheid tussen proces- en effectevaluatie. De procesevaluatie zegt iets over hoe het proces om een psychofarmacabeleid te ontwikkelen en te implementeren verlopen is. Deze evaluatie loopt als een rode draad doorheen het stappenplan. Je gaat bij elke stap in het proces na wat

er goed en fout ging tijdens die stap. De effectevaluatie is de inhoudelijke evaluatie van de doelstellingen: wat hebben we bereikt of gerealiseerd? Door dit evalueren ga je na of het psychofarmacabeleid de beoogde resultaten oplevert en sta je stil bij (nieuwe) knelpunten.

In Stap 6 komen volgende opdrachten aan bod:

- Opdracht 1: Procesevaluatie
- Opdracht 2: Effectevaluatie
- Opdracht 3: Herbekijk het actieplan
- Opdracht 4: Communiceer over de evaluatie

OPDRACHT 1

Procesevaluatie

De procesevaluatie doe je na het afronden van elke stap. Dit zijn de vragenlijstjes die je in dit draaiboek aan het einde van elke stap tegenkwam. Vink daar af welke opdrachten gerealiseerd zijn, en geef aan hoe dit verliep. De procesevaluatie helpt je op tijd problemen op te merken en bij te sturen waar nodig.

OPDRACHT 2

Effectevaluatie

Voor de effectevaluatie grijp je terug naar de doelstellingen die je formuleerde in Stap 3, en naar de nulmeting. Verzamel voldoende feedback. Informeer hoe het project verloopt bij medewerkers, bewoners en familie. Bespreek de ervaringen met de medewerkers, bewoners en familie. Vergelijk hun ervaring met de ervaringen van het psychofarmacateam.

Het kan helpen om gerichte vragen te stellen zoals:

- Wat vond je van de initiatieven in het kader van het psychofarmacaproject?
- Zijn alle medewerkers gemotiveerd om zich in te zetten voor een lager psychofarmacagebruik? Aan wat is dit te merken?
- Is er een mentaliteitswijziging in het omgaan met psychofarmaca merkbaar bij de medewerkers? Hoe uit deze mentaliteitswijziging zich?
- Is er een mentaliteitswijziging merkbaar bij bewoners, familie en vrijwilligers?

Frequentie monitoringtool

In Bijlage 23 'Handleiding monitoringtool' vind je de ideale situatie van hoe regelmatig je het psychofarmacagebruik binnen het woonzorgcentrum opvolgt. Elk woonzorgcentrum is vrij om deze frequentie naar hun ervaring bij te sturen.

OPDRACHT 3

Herbekijk het actieplan

Bepaal samen met het psychofarmacateam nieuwe prioriteiten op basis van de evaluatie. Neem hierbij ook je oorspronkelijke prioriteiten uit Stap 3 erbij. Waar zet je nog verder op in, en op welke termijn? Neem zeker de informatie uit de monitoringtool erbij. Bekijk of je hieruit nog aanvullingen kan halen. Concretiseer en maak een nieuw actieplan.

Ter inspiratie vind je hieronder een aantal aandachtspunten die door de woonzorgcentra die het project proefdraaiden werden aangehaald. Zij hebben na afloop van het project specifiek ingezet op de volgende punten:

- Blijvende monitoring van het psychofarmacagebruik, en dit onder andere omdat een verdere daling merkbaar is (in het bijzonder voor antipsychotica). Binnen deze monitoring wordt ook het opvolgen van staand orders meegenomen. Een goede frequentie hiervoor is driemaandelijks.
- Bewoners die nieuw opgenomen worden of die terugkeren van het ziekenhuis nauwer opvolgen, omdat bij hen regelmatig (terug) psychofarmaca opgestart worden.
- De aanpak die uitgewerkt werd ook effectief opnemen in het beleid van het woonzorgcentrum. Als het voor het woonzorgcentrum beter werkt om de aanpak per afdeling te differentiëren, kan dit zeker ook bekeken worden.
- Het inbouwen van een vaste werkwijze voor niet-farmacologische alternatieven.

- Het vast inbedden van overleg over psychofarmaca, ofwel door dit als onderdeel toe te voegen aan een bestaand overlegorgaan, ofwel door behoud van het overleg met het psychofarmacateam. Een goede frequentie voor dit overleg is maandelijks of driemaandelijks. Daarnaast is het ook belangrijk om overleg over psychofarmaca als vast item op de afdelingsteams in te bouwen.
- Medewerkers blijvend betrekken, onder andere door op regelmatige basis een opfrisvorming te geven en door het thema in te voegen in de vorming die nieuwe medewerkers krijgen. Het is ook aangewezen om de raad van bestuur op regelmatige basis in te lichten over de stand van zaken.
- Blijvend aanspreken van artsen over psychofarmaca en ook op regelmatige basis overleg proberen plannen met de artsen waarin dit thema weergegeven wordt. Dit overleg kan bijvoorbeeld tweemaal per jaar plaatsvinden.
- Het belang van blijven werken aan kwalitatieve registraties in het elektronisch zorgdossier.

OPDRACHT 4

Communiceer over de evaluatie

Breng alle medewerkers, bewoners en familieleden op de hoogte. Je communiceert naar hen de belangrijkste resultaten en beslissingen. Bepaal welke informatie relevant is. Sommige informatie is bijvoorbeeld erg interessant voor paramedici en zorgkundig personeel, terwijl andere informatie meer relevant is voor je bewoners. Ga op zoek naar kanalen om de resultaten van de evaluatie te communiceren naar de verschillende niveaus.

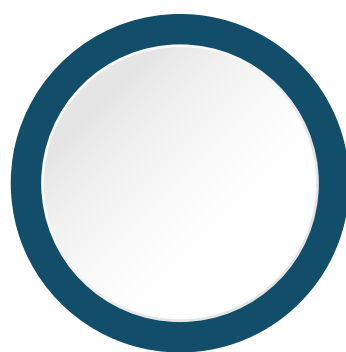
Afronden – Procesevaluatie Stap 6

Je bent aan het einde van Stap 6. Evalueer of alle opdrachten uit deze stap zijn uitgevoerd aan de hand van onderstaande vragen. Vink af welke opdrachten gerealiseerd zijn en geef aan hoe dit verliep.

OPDRACHT	✓		Extra info
Procesevaluatie		- Wordt de procesevaluatie na iedere stap uitgevoerd?	
Effectevaluatie		- Wordt de monitoringtool gebruikt zoals vooropgesteld? - Wie volgt de frequentie van de monitoringtool op? - Hoe verloopt het gebruik?	
Herbekijk het actieplan		- Wordt het actieplan regelmatig geëvalueerd? - Hoe wordt dit gedaan?	
Communiceer over de evaluatie		- Hoe wordt over de evaluatie gecommuniceerd? - Hoe worden nieuwe acties gecommuniceerd?	







Stap 7

Veranker in het kwaliteitsbeleid

Stap 7 Veranker in het kwaliteitsbeleid

Een psychofarmacabeleid stopt niet na één actie of één jaar. Het is een onderdeel van het interne kwaliteitsbeleid van je woonzorgcentrum. Om het psychofarmacabeleid onder de aandacht te houden en de gemaakte afspraken niet te laten verwateren,

bouw je het beleid in in bestaande werkinstrumenten en documenten, zoals bijvoorbeeld het huishoudelijk reglement, het kwaliteitshandboek of een contract met de vrijwilligers of medewerkers.



Aan de hand van de duurzaamheidscriteria in Bijlage 11 kan je samen met het psychofarmacateam nagaan hoe de verankering loopt. Gebruik dit als leidraad. Maar herbekijk ook regelmatig het actieplan (zie Opdracht 3 uit Stap 6). Zijn er nog acties die niet gebeurd zijn? Waar botsen we nog tegen?

Volgende voorbeelden kunnen je helpen om het psychofarmacabeleid onder de aandacht te houden binnen jouw WZC:

- Nieuwe medewerkers krijgen een introductie over jullie psychofarmacabeleid.
- Per afdeling wordt een trekker aangesteld, die het aanspreekpunt wordt voor psychofarmaca op zijn/haar afdeling.
- Organiseer een terugkerend overleg tussen de nacht- en dagverpleegkundigen. Zo kan je een betere registratie garanderen en het project levend houden. Dergelijk overleg bevordert ook de communicatie tussen dag- en nacht-medewerkers en kan zo mogelijke weerstand verminderen.
- Plan regelmatig een overleg met de artsen zodat zij gemotiveerd blijven voor het project.
- Blijf aandacht besteden aan de bewoners die al langer aanwezig zijn in het WZC, naast de nieuw opgenomen bewoners. Overloop bijvoorbeeld maandelijks het psychofarmacagebruik van de verschillende bewoners per afdeling.
- Organiseer op regelmatige basis een informatiemoment voor familie, waarop ook het psychofarmacabeleid een vast punt is.
- Toon op overlegmomenten met afdelingsverantwoordelijken regelmatig de cijfers van psychofarmacagebruik.
- Evalueer de niet-farmacologische alternatieven die georganiseerd worden, bijvoorbeeld door bewoners te bevragen over hun tevredenheid met de georganiseerde activiteiten.





BIJLAGEN

Terugkerende symbolen

In sommige bijlagen wordt er een onderscheid gemaakt tussen bewoners die al wel of nog geen psychofarmaca gebruiken. Welke tekst relevant is voor welke doelgroep, wordt aangeduid met iconen:

Bewoners die **AL**
psychofarmaca gebruiken,
worden aangeduid met



Bewoners die nog **GEEN**
psychofarmaca gebruiken,
maar waar opstart overwogen wordt,
worden aangeduid met



Bijlagen

BIJLAGE 1: VOORDELEN VAN EEN PSYCHOFARMACABELEID	69
BIJLAGE 2: ENGAGEMENTSVERKLARING VOOR ARTSEN EN APOTHEKERS	71
BIJLAGE 3: VOORBEELD BRIEF HUISARTS	72
BIJLAGE 4: VORMING VOOR HUISARTS EN APOTHEKER.....	73
BIJLAGE 5: RICHTVRAGEN VOOR HET BEPALEN VAN DE VISIE OVER PSYCHOFARMACA	75
BIJLAGE 6: SCHEMA KWALITATIEVE INVENTARISATIE VAN HET PSYCHOFARMACAGEBRUIK	76
BIJLAGE 7: SMART PROJECTDOELSTELLINGEN	77
BIJLAGE 8: GEZONDHEIDSMATRIX	78
BIJLAGE 9: VOORBEELD GEZONDHEIDSMATRIX	79
BIJLAGE 10: VOORBEELD ACTIEPLAN.....	80
BIJLAGE 11: DUURZAAMHEIDSCITERIA.....	81
BIJLAGE 12: ALGEMENE RICHTLIJN PSYCHOFARMACA	83
BIJLAGE 13: RICHTLIJN SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN	89
BIJLAGE 14: RICHTLIJN ANTIDEPRESSIVA	97
BIJLAGE 15: RICHTLIJN ANTIPSYCHOTICA	105
BIJLAGE 16: OBSERVATIESCHEMA ANTIPSYCHOTICA	110
BIJLAGE 17: RICHTLIJN PIJN.....	111
BIJLAGE 18: NIET-FARMACOLOGISCHE ALTERNATIEVEN	114
BIJLAGE 19: DE BETEKENISVOLLE ACTIVITEITEN METHODE (BAM).....	119
BIJLAGE 20: IN 20 STAPPEN NAAR BETEKENISVOLLE ACTIVITEITEN IN JOUW WOONZORGCENTRUM.....	121
BIJLAGE 21: ANALYSEDOCUMENT INDICATIE VAN HET GEBRUIK VAN EEN PSYCHOFARMACON	123
BIJLAGE 22: ANALYSEDOCUMENT INDICATIE TOT DE OPSTART VAN EEN PSYCHOFARMACON	126
BIJLAGE 23: HANDLEIDING MONTORINGTOOL.....	129

BIJLAGE 1

Voordelen van een psychofarmacabeleid



Wist je dat...

- ...79% van de bewoners in woonzorgcentra in België psychofarmaca gebruikt?
- ...psychofarmaca zware medicijnen zijn die gebruikt worden voor de behandeling van onder andere schizofrenie, depressie en angststoornissen? Voorbeelden zijn onder andere haloperidol (Haldol), risperidon (Risperdal), olanzapine (Zyprexa), citalopram (Cipramil), lorazepam (Temesta) en alprazolam (Xanax).
- ...psychofarmaca acute symptomen van onrust en agressief gedrag tijdelijk kunnen verlichten, maar de onderliggende oorzaken van het gedrag niet behandelen?
- ...psychofarmaca ook ernstige bijwerkingen hebben zoals: sufheid, spierstijfheid, beven, moeizamer lopen met verhoogd valrisico, urineretentie, alsook verhoogd risico op hartritmestoornissen, beroerte, longontsteking of overlijden?
- ...het gebruik van psychofarmaca nooit routinematig en zonder reden verlengd mag worden?

Er zijn verschillende redenen waarom het belangrijk is het psychofarmacagebruik in jullie WZC te verminderen. Hieronder geven we de belangrijkste redenen vanuit bestuurlijk perspectief:

Inhoudelijke redenen

Minder psychofarmaca leidt tot minder apathie en meer menselijke interactie, en draagt bij aan een betere kwaliteit van leven. Vaak zijn alternatieve interventies mogelijk die veel minder ingrijpen op het welzijn van een bewoner. Uit de praktijk en uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat psychofarmaca oordeelkundiger kunnen gebruikt en/of afgebouwd worden.

Farmacologische redenen

In het advies van onder andere de Hoge Gezondheidsraad en in internationale richtlijnen wordt beklemtoond dat de risico-baten-verhouding van het langdurig gebruik van psychofarmaca bij ouderen niet evenwichtig is. Zo is het risico op bijwerkingen soms te groot, waardoor het de mogelijke voordelen overstijgt. Bovendien is er soms geen officieel geregistreerd psychofarmaca voor het gedragsprobleem dat zich voordoet waardoor men medicatie gaat voorschrijven in situaties waar die niet voor bedoeld is. Dit noemt men "off-label use". Dit is bijvoorbeeld het geval bij het gebruik van antipsychotica (of neuroleptica) voor andere gedragsproblemen dan agressie of agitatie. Richtlijnen adviseren dan ook om zeer voorzichtig om te springen met het gebruik van psychofarmaca, en ontmoedigen langdurig gebruik bij ouderen. Een persoonsgerichte benadering voor elke bewoner met een zoektocht naar alternatieven in teamverband blijft de beste benadering.

Financiële redenen

Door het verminderen van psychofarmacagebruik kan ook de kost voor de bewoner dalen; zo worden de slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) niet terugbetaald. Ze zijn dus volledig ten koste van de bewoner. Vanuit het kwaliteitsproject psychofarmaca in WZC Leiehome in Drongen werd een raming van deze kostendaling gemaakt. Hieruit bleken volgende effecten op het remgeld te bestaan:

- In totaal vond een gemiddelde daling van 14 euro naar 11 euro per maand plaats voor alle geneesmiddelen voor de bewoner, wat goed is voor een winst van 3 euro per maand of 36 euro op jaarbasis.
- Specifiek bij psychofarmacagebruikers vond een gemiddelde daling van 16 euro naar 12 euro per maand plaats, wat neerkomt op een winst van 4 euro per maand of 48 euro op jaarbasis.

Effecten op team functioneren

Aan de slag gaan met het verminderen van psychofarmacagebruik is ook voordelig voor de cultuur in het WZC.

- Het bevordert een reflectieve cultuur op de afdeling: 'Waarom doen we de dingen die we doen?'
- Het doorbreekt routine.
- Het vergroot inspraak en verantwoordelijkheid van medewerkers. Ze hebben zo een directe verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van leven van de bewoners.

Hoe kan gewerkt worden aan het verantwoordelijk omgaan met psychofarmaca?

Het project 'Procesbegeleiding preventie binnen zorg en welzijn' en meer specifiek het luik 'Psychofarmaca in WZC: samen op weg naar minder' (beschreven in dit draaiboek) richt zich op een effectiever en efficiënter psychofarmacagebruik in WZC. Met dit draaiboek, gebaseerd op pilootprojecten in zes Oost-Vlaamse woonzorgcentra, werkt jouw WZC aan de ontwikkeling van een psychofarmacabeleid. Dit draaiboek vertrekt vanuit een zevenstappenplan waarin de focus ligt op de 'richtlijnen voor psychofarmacagebruik'[17].

Volgende kernpunten staan centraal.

- ➔ **Formuleer een coherente beleidsvisie over psychofarmaca in jouw WZC.**
- ➔ **Draag die visie consequent uit, zowel intern als naar externen die in jouw WZC actief zijn (via bijeenkomsten, teamsessies, nieuwsbrieven, websites, folders, ...).**
- ➔ **Ga in overleg met huisartsen en andere zorgverleners. Verwerf inzicht in gebruik van psychofarmaca, vraag naar praktijkvariatie (intercollegiale verschillen) en geef betekenis aan die praktijkvariatie.**
- ➔ **Metten is weten! Vergelijk de verschillende afdelingen op vlak van kwaliteit van voorschrijven. Zo weet je hoe je ervoor staat.**
- ➔ **Agendeer dit onderwerp op het beleidsniveau en maak hiervan een prioriteit.**

BIJLAGE 2

Engagementsverklaring voor artsen en apothekers

Deze brief is een voorbeeld. Je kan hem als Word-bestand downloaden op www.vad.be/woonzorgcentra en personaliseren voor jouw woonzorgcentrum. Je kan hem ook als e-mail versturen.

Geachte arts,
Geachte apotheker,

In(maand) (jaar) start in woonzorgcentrum
(naam woonzorgcentrum) het kwaliteitsproject **Psychofarmaca in woonzorgcentra: samen op weg naar minder**, met als doel een **efficiënter en effectiever gebruik van psychofarmaca** te realiseren bij onze bewoners. Het project is gegroeid vanuit de vaststelling dat 79% van de bewoners langdurig en vaak onoordeelkundig psychofarmaca gebruiken (PHEBE rapport, 2006).

Voor de uitwerking van dit project zal gewerkt worden met een draaiboek waarin een **zevenstappenplan** beschreven staat. Er zal bijzondere aandacht besteed worden aan **de impact van psychofarmaca op de levenskwaliteit en het functioneren van de bewoner (onder andere door een verhoogd valrisico)**. Vervolgens zal samen met de behandelende arts getracht worden bij verschillende bewoners **afbouw op te starten**. Deze bewoners zullen daarbij ook intensief en persoonsgericht ondersteund worden door de psychofarmacacoördinator. Daarnaast zullen **niet-farmacologische alternatieven** aangeboden worden, met als doel hun levenskwaliteit te verhogen.

Deze aanpak werd **al eerder met succes** (daling in psychofarmagebruik van meer dan 20%) toegepast in WZC Leiehome, WZC Zonnehove, WZC Mariahuis, WZC Het Heiveld, WZC De Vijver en WZC Huize Roborst. Het draaiboek is dan ook op deze expertise gebaseerd en ontwikkeld.

Voor een goede slaagkans van het project is de **motivatie van artsen en apothekers** verbonden aan het woonzorgcentrum van groot belang. We hopen dan ook dat u door het lezen van deze informatie gemotiveerd bent om mee te werken aan een efficiënter en effectiever gebruik van psychofarmaca bij uw patiënten en de bewoners van het woonzorgcentrum.

Alvast bedankt!

Ik, (voornaam + naam),

..... (functie binnen het WZC)

in (WZC)

ben bereid mij in te zetten voor een efficiënter en effectiever gebruik van psychofarmaca bij de bewoners van het woonzorgcentrum. Als u arts bent, gelieve hier het aantal patiënten te noteren waarvoor u bevoegd bent binnen het woonzorgcentrum:

Datum en handtekening

BIJLAGE 3

Voorbeeld brief huisarts

Deze brief is een voorbeeld. Je kan hem als Word-bestand downloaden op www.vad.be/woonzorgcentra en personaliseren voor jouw woonzorgcentrum. Je kan hem digitaal als mail versturen. Aan de hand van een hyperlink kan je het filmpje integreren, ook dit vind je terug op www.vad.be/woonzorgcentra

Beste arts/collega,

Begin begon woonzorgcentrum (naam WZC)
aan het project 'Psychofarmaca in woonzorgcentra: Samen op weg naar minder' dat tot doel heeft het psychofarmacagebruik bij de bewoners efficiënter en effectiever te maken. Zo beogen we een betere levenskwaliteit voor de bewoners te bekomen. Alle medewerkers van het woonzorgcentrum werden al op de hoogte gebracht van de doelen van dit project. Ze kregen alvast een uitgebreide vorming. Zij zullen onder andere mee nadenken over alternatieven voor slaapmedicatie, antidepressiva en antipsychotica bij hun bewoners, en dit zowel preventief als om af te bouwen. Dat het project de levenskwaliteit kan verbeteren, dat kunnen jullie in [dit filmpje](#) zien.

Deze bewoner van WZC Leiehome in Drongen (waar het project gestart is) stopte met het gebruik van Citalopram en Bromazepam. In het 'pre-filmpje' gebruikt hij de medicatie nog, in het post-filmpje niet meer. De beelden spreken voor zich.

Opdat dit project kan slagen, hebben we uiteraard ook jullie medewerking nodig! En dat dit nodig is, kunnen jullie zien in onderstaande cijfers van het huidige psychofarmacagebruik in woonzorgcentrum

..... (naam WZC)

(hier cijfers toevoegen)

We hopen dan ook dat jullie er samen met ons voor willen gaan om deze cijfers naar beneden te halen.

Ik zou jullie dan ook de toestemming willen vragen om feedback te geven over jullie voorschrijfgedrag van psychofarmaca? Als u dit NIET wenst, gelieve dit dan per kerende mail te laten weten.

Alvast bedankt om samen met ons 'op weg naar minder' te gaan!

Met vriendelijke groeten,

BIJLAGE 4

Vorming voor huisarts en apotheker

De betrokkenheid van de CRA, de huisartsen en de verantwoordelijke toeleverende apotheker bij het project is zeer belangrijk. Het is echter mogelijk dat zij het gevoel hebben niet over voldoende achtergrondkennis over psychofarmaca of het onderliggende probleemgedrag (bijvoorbeeld moeilijk hanteerbaar gedrag) te beschikken. Onderstaand vormingsaanbod voor artsen en apothekers kan hieraan tegemoetkomen.



Vorming voor artsen

Pakketten voor de 'Lokale Kwaliteitsgroep' (LOK): aanvragen bij Domus Medica (www.domusmedica.be)

- LOK Aanpak probleemgedrag bij ouderen met dementie met externe spreker Tom Declercq in samenwerking met een psycholoog
- LOK Polyfarmacie met externe spreker Ellen Van Leeuwen
- LOK Valpreventie met externe spreker

RIZIV E-learning

- Benzoconsult (2,5 uur, 2,5 CP)
- Dementie (2 uur, 2 CP)

CRA-opleiding

- Opleiding tot CRA: contacteer Domus Medica voor overzicht cursus en modules.



Domus Medica heeft in zijn werkgroep voor CRA's bijzondere aandacht voor psychofarmaca en vaak voorkomende probleemgedragingen. Vanuit deze werkgroep wordt ook nagedacht over de communicatie van het project naar de artsen in het werkveld.

Aanvullende informatie voor artsen

- Formularium Ouderenzorg BCFI - <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium>
- BCFI Transparantiefiche Dementie - <https://tf.farmaka.be/nl/frontend/indication-group/73/summary>
- BCFI Repertorium - <http://www.bcfi.be/nl/chapters>
- Richtlijnen:
 - Multidisciplinaire richtlijn over de samenwerking in de zorgverlening voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun mantelzorgers-gevalideerd door CEBAM in 2017 <https://domusmedica.be/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijn-mbt-de-samenwerking-de-zorgverlening-voor-thuiswonende>
 - Richtlijn Valpreventie gevalideerd door CEBAM 2017 http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/2017_10_02_EVV_richtlijn-valpreventie_finaal.pdf



Vorming voor apothekers

Aanbod 'Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers (IPSA)':

- FAZODEM (in samenwerking met Vlaams Apothekers Netwerk (VAN))
 - Lessenreeks over farmaceutische zorg voor personen met dementie
 - <https://ipsa.be/cm/course/fazodem-farmaceutische-zorg-voor-personen-met-dementie>
- Specialisatiecursus Medicatienazicht
 - Meer informatie en inschrijvingsmogelijkheid op www.ipsa.be
- Jaarlijkse cycli van hoorcolleges binnen het thema (bijvoorbeeld neuropathische pijn)
 - Meer info en inschrijvingsmogelijkheid via de IPSA-website

Aanbod 'Medicourse'

- e-learning "Basisopleiding Psychofarmaca"
 - Opleiding van vijf uur opgesplitst in aparte modules, accreditatie voorzien apothekers, artsen en verpleegkundigen
 - Behandelt farmacologie (farmacokinetiek & dynamiek), farmacotherapie en afbouwen en stoppen met psychofarmaca.
 - In elk onderdeel van deze opleiding komen de drie groepen behorend tot de psychofarmaca aan bod: de slaap- en kalmeringsmiddelen, de antidepressiva en de antipsychotica.
 - Er worden telkens theoriedelen afgewisseld met praktijkvragen en toepassingen.
 - Voor alle praktische informatie: www.medicourse.be.
- Basisopleiding psychofarmaca
 - Interactief hoorcollege, bij voorkeur multidisciplinair, van vijf uur, verspreid over twee lesmomenten.
 - Inhoudelijk gelijk aan e-learning.
 - Deze vorming kan aangevraagd worden op locatie. Limiet deelnemersaantal op 20 personen om de interactiviteit hoog te houden.
 - Meer info via www.medicourse.be.

COME-ON studie (Collaborative approach to Optimize MEdication use for Older people in Nursing homes)

- E-learning (vier modules over farmacotherapie bij woonzorgcentrabewoners en medicatienazicht) zal beschikbaar gesteld worden.
- Fiches rond afbouw van medicatie (algemeen), benzodiazepines en z-drugs

Aanvullende informatie voor apothekers

- IPSA-leden hebben toegang tot het CEBAM-portaal (toegang tot grote elektronische evidence-based medicine databanken)
- Farmaka Archieven Geneesmiddelenbrief: Deprescribing & stoppen met voorschrijven
 - <https://farmaka.bcfi.be/frontend/files/publications/files/deprescribing-deel-2.pdf>
 - <https://farmaka.bcfi.be/frontend/files/publications/files/stoppen-met-voorschrijven.pdf>
- Formularium Ouderenzorg (Farmaka/BCFI):
 - Specifiek een deel over deprescribing van antipsychotica
 - <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium>
- Gheops tool:
 - <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>



BIJLAGE 5

Richtvragen voor het bepalen van de visie over psychofarmaca

- Wat is de missie, visie of opdrachtverklaring van het woonzorgcentrum? Wat betekent dit voor psychofarmacagebruik: hoe moet het woonzorgcentrum omgaan met psychofarmacagebruik om dit doel te kunnen bereiken?

Bijvoorbeeld: In je missie staat dat je de zelfredzaamheid van bewoners zo goed mogelijk wil ondersteunen. Om hieraan te kunnen voldoen, is het belangrijk om niet te snel slaap- of kalmeermidicatie op te starten. Deze hebben namelijk een negatieve invloed op de mobiliteit en concentratie van bewoners, wat de zelfredzaamheid negatief kan beïnvloeden.

- Wanneer is het psychofarmacagebruik een probleem? Denk aan gezondheidsproblemen, moeilijk hanteerbaar gedrag, valrisico's, ...
- Wat willen we bereiken met een psychofarmacabeleid in ons woonzorgcentrum?

Bewoners

- We willen problemen door inefficiënt en onoordeelkundig psychofarmacagebruik (bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, verminderde levenskwaliteit, ...) voorkomen.
- We willen gepast reageren als we ons zorgen maken over het psychofarmacagebruik van een bewoner.
- We willen psychofarmacagebruik bij bewoners bespreekbaar maken.
- We willen onze bewoners informeren over de gevolgen en risico's van (overmatig) psychofarmacagebruik.
- We willen duidelijke afspraken hebben over de opstart en afbouw van psychofarmaca.
- We willen gepaste alternatieven aanbieden bij het afbouwen van psychofarmaca.
- We willen de zelfredzaamheid van bewoners verhogen.
- We willen de alertheid van bewoners verbeteren.
-
-
-

Personeel

- We willen ons personeel informeren over de gevolgen en risico's van (overmatig) psychofarmacagebruik.
- We willen dat het personeel gepast reageert als we ons zorgen maken over het psychofarmacagebruik van een bewoner.
- We willen psychofarmacagebruik bespreekbaar maken bij al het personeel.
- We willen duidelijke afspraken over de opstart en afbouw van psychofarmaca.
- We willen gepaste alternatieven aanbieden bij het afbouwen van psychofarmaca.
-
-
-

BIJLAGE 6

Schema kwalitatieve inventarisatie van het psychofarmacagebruik

PSYCHOFARMACA	Wat doen we al? Wat loopt goed? Wat loopt minder goed?	Hoe tevreden zijn we hierover?
EDUCATIE		  
OMGEVINGSINTERVENTIES		  
AFSPRAKEN EN REGELS		  
ZORG EN BEGELEIDING		  

BIJLAGE 7

SMART projectdoelstellingen

Je kan een blanco versie van deze tabel downloaden op www.vad.be/woonzorgcentra.

Algemene projectdoelstelling	Specifiek	Meetbaar	Acceptabel	Realistisch	Tijdsgebonden	Doelstelling op maat van het woonzorgcentrum
Het woonzorgcentrum bouwt het gebruik van psychofarmaca af bij bewoners die één of meerdere psychofarmaca op onoordeelkundige wijze gebruiken.	De afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen bij bewoners die één of meerdere slaap- en kalmeringsmiddelen onoordeelkundig gebruiken.	De afbouw van psychofarmaca met een minimum van 5%.	Het volledige psychofarmacateam kan zich vinden in deze doelstelling.	Denk na over de haalbaarheid van je doelstelling.	Tijdens de eerste 12 maanden van het project of na één jaar.	Het woonzorgcentrum bouwt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen af met een minimum van 5% bij bewoners die één of meerdere slaap- en kalmeringsmiddelen onoordeelkundig gebruiken, tijdens de eerste 12 maanden van het project.

Gezondheidsmatrix

	BEWONER	AFDELING VAN HET WZC	WZC	OMGEVING BUITEN HET WZC
EDUCATIE				
OMGEVINGS- INTERVENTIES				
AFSPRAKEN EN REGELS				
ZORG EN BEGELEIDING				

BIJLAGE 9

VOORBEELD Gezondheidsmatrix

In onderstaande matrix staan een aantal acties (van de drie types psychofarmaca) ingevuld bij wijze van voorbeeld. De andere acties uit bovenstaand overzicht kunnen zo verder aangevuld worden.

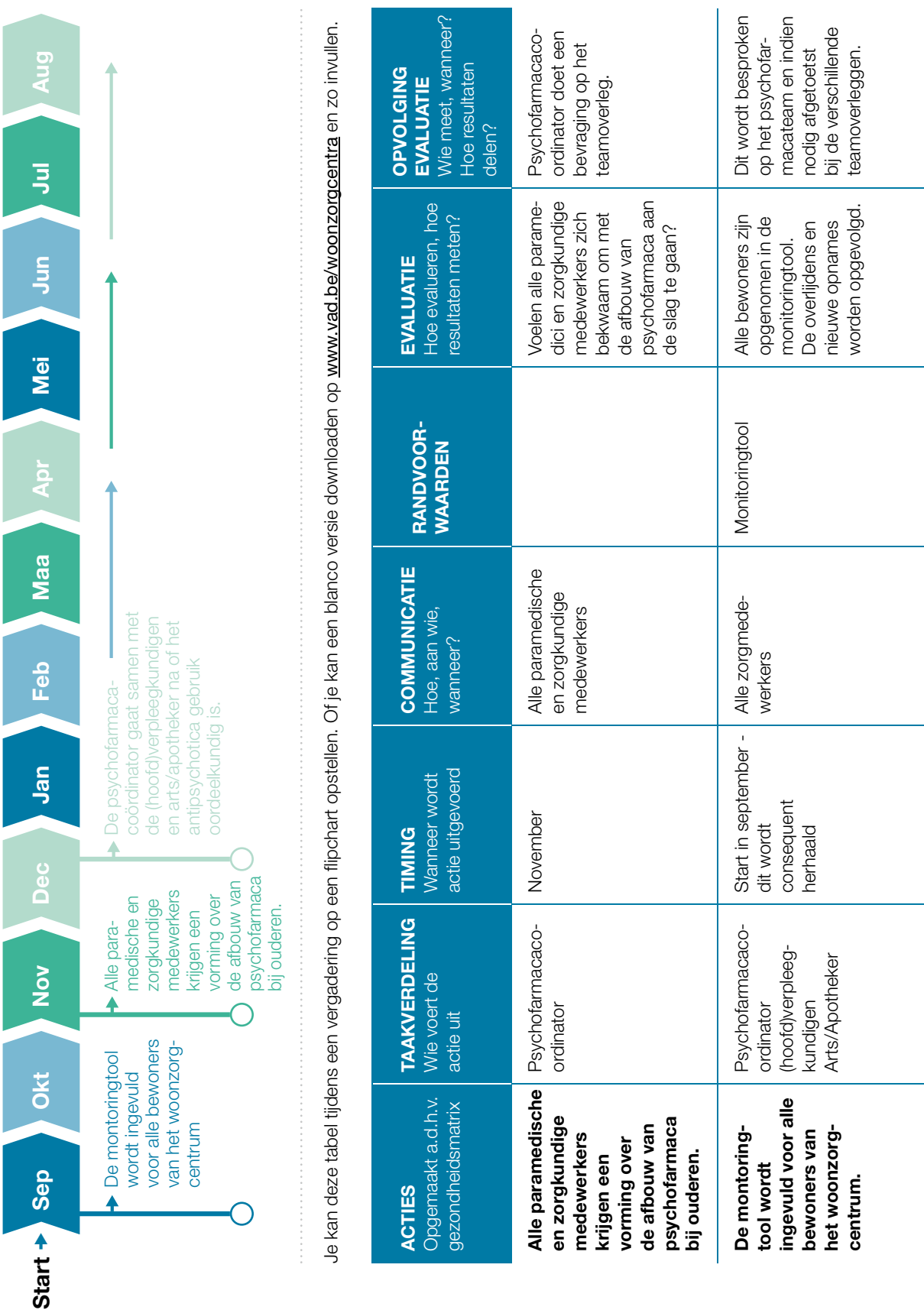
	BEWONER	AFDELING VAN HET WZC	WZC	OMGEVING BUITEN HET WZC
EDUCATIE		Sensibiliserende en informerende folders worden voorzien op elke afdeling van het woonzorgcentrum.		Informeert de familie van de bewoner over de oorzaken van het moeilijk hanteerbaar gedrag.
OMGEVINGS-INTERVENTIES		Op de afdeling is er een multidisciplinair aanbod van niet-farmacologische alternatieven voor medicatie.		
AFSPRAKEN EN REGELS			Het woonzorgcentrum maakt gebruik van de richtlijn slaap- en kalmeringsmiddelen.	
ZORG EN BEGELEIDING	De arts bekijkt bij de bewoner die onoordeelkundig gebruikt of een afbouw kan gestart worden.		De monitoringtool wordt ingevuld voor alle bewoners van het woonzorgcentrum.	De CRA-arts motiveert de huisarts tot de afbouw van slaap- en kalmeermiddelen bij hun bewoners.

© VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN 2018

BIJLAGE 10

VOORBEELD Actieplan

Voorbeeld:



BIJLAGE 11

DUURZAAMHEIDSCITERIA

Je kan een blanco versie van deze tabel downloaden op www.vad.be/woonzorgcentra.

VRAGEN	ANTWOORDEN
Wat is verankering voor jullie voorziening? Hoe werden andere gezondheidsprojecten een onderdeel van jullie voorziening?	
Zijn er verbeterpunten die we uit andere gezondheidsprojecten meenemen?	
is de continuïteit verzekerd? Hoe?	
AANPAK OM HET PSYCHOFARMACABELEID DIEPER TE VERANKEREN	

BIJLAGE 11 (vervolg)

DUURZAAMHEIDSCITERIA

VRAAG	JA/NEE	OPMERKING/ WAAROM	VERANTWOORDE- LIJKE	ONDERNOMEN ACTIE
Is het psychofarmacabeleid opgenomen in het intern kwaliteitsbeleid?				
Krijgen nieuwe medewerkers een vormingstraject met interne vorming over (het) psychofarmaca(beleid)?				
Is er op regelmatige basis een opfrissing van de kennis over psychofarmaca ?				
Is psychofarmaca een standaard agendapunt op relevante werkgroepvergaderingen?				
Vergadert het psychofarmacateam nog op regelmatige basis?				
Is er nog steeds een psychofarmaca-coördinator?				
Werken we samen met externe partners rond het psychofarmacabeleid?				
Zijn de artsen en de toeleverende apotheek nog steeds geëngageerd?				
Worden de richtlijnen daadwerkelijk gebruikt?				
Worden niet-farmacologische alternatieven preventief gebruikt?				

BIJLAGE 12

Algemene richtlijn PSYCHOFARMACA

In het psychofarmacaproject van woonzorgcentrum Leiehome in Drongen werden richtlijnen voor woonzorgcentra ontwikkeld. Dit zijn handvatten voor oordeelkundig psychofarmacagebruik. In onderstaand schema worden deze richtlijnen visueel weergegeven.

Hoe ga je aan de slag?

• Welke bewoners gebruiken psychofarmaca?

In eerste instantie wordt er een onderscheid gemaakt tussen bewoners die al psychofarmaca gebruiken en bewoners die nog geen psychofarmaca gebruiken.

- Bewoners die **al psychofarmaca gebruiken**, worden in dit document aangeduid met 
- Bewoners die nog **geen** psychofarmaca gebruiken, maar waar opstart overwogen wordt, worden in dit document aangeduid met 

• Multidisciplinaire en preventieve aanpak.

Bij bewoners die al psychofarmaca gebruiken, wordt aan de hand van multidisciplinair overleg nagegaan of het psychofarmacagebruik oordeelkundig is. Bij bewoners die nog geen psychofarmaca gebruiken of psychofarmaca gebruiken voor een ander probleemgedrag is een preventieve aanpak aangewezen.



Een goede registratie en opvolging van de bewoners, hun gedrag, activiteiten en psychofarmacagebruik, speelt hier een essentiële rol.



Multidisciplinair overleg

- Is het gebruik van het psychofarmacon geïndiceerd?
- Kunnen we het psychofarmacon afbouwen?



Preventieve aanpak

De bewoner stelt een probleemgedrag zoals slaapproblemen, depressieve gevoelens of moeilijk hanteerbaar gedrag. In eerste instantie gebruik maken van niet-farmacologische alternatieven.

Voor elk type psychofarmaca werden specifieke richtlijnen uitgewerkt. Hierin vind je aandachtspunten voor dat type psychofarmacon, achtergrondinfo, preventieve tips en tips voor de afbouw van dat soort psychofarmacon.

- Richtlijn slaap- en kalmeringsmiddelen (Bijlage 13)
- Richtlijn antidepressiva (Bijlage 14)
- Richtlijn antipsychotica (Bijlage 15)

Zorg daarnaast voor een multidisciplinair aanbod van niet-farmacologische alternatieve activiteiten. Informatie hierover vind je terug in Bijlage 18 '**Niet-farmacologische alternatieven**'.

De kernelementen van een goed preventief psychofarmacabeleid zijn:

- **Ken de bewoner:** werk op maat, persoonsgericht
 - Shared decision making: betrek de bewoner steeds bij overleg. Zo behoud je de autonomie van de bewoner.
- **Werk samen:** multidisciplinaire aanpak
- **Hanteer een methodische aanpak:**
 - **Observeer, rapporteer en analyseer:** probleemgedrag heeft altijd een oorzaak. Aan de hand van goede registraties kunnen deze oorzaken sneller opgemerkt worden.
 - **Doelen bepalen:** overgaan tot afbouw? Hoe?
- **Preventieve aanpak** (niet-farmacologische alternatieven) heeft altijd de voorkeur op opstart van een psychofarmakon



BEZINT EER

- voorrang aan niet-m
- Zorgvuldig afwegen sta

WAAROM

- oorzaak bepalen: waarom psychofarmaca opgestart?

ELKE KUUR HE

- Indien toch opstart:

SAMEN

- Samenwerken is essentieel. Iedereen is belangrijk:
- Communiceer en

PIJ



SLAAP- EN ANGSTPROBLEMEN

Slaaphygiëne en lichaamsbeweging

- slaap-waakpatroon, middagdutjes, functioneren en alertheid overdag in kaart brengen
- Belang van slaaphygiëne en beweging

Angst kent vele oorzaken

- Oorzaken van angst of stress achterhalen

Vermijd meervoudig benzo-gebruik

- Combineer niet twee of meer benzodiazepines
- Snelle afhankelijkheid bij bewoner!



DEPRE

Verdriet is ge

- Niet elk verdriet
- Rouw (overleden par
- is geen depressie, maar een
- Alternatieve acti

Majeure c in anan

- Antidepressiva zijn enkel effe

Start low

- Initieel een lagere dos
- traag opbouwen t
- Het duurt 2-3 weken voor



Wanneer begint

medicamenteuze aanpak
art nieuwe psychofarmaca

Wanneer de pil?

Indicatie (bijvoorbeeld nieuwe opname, wijziging arts, ...)

Wanneer zijn duur

stopdatum vastleggen

Wanneer sterk

bewoner, familie, arts, paramedici, zorgkundigen, ...
n deel je informatie.

Wanneer?



Wanneer depressie

Wanneer depressie

het is een depressie
partner, verlies woning, ...)
n normale reactie op verlies
iviteiten aanbieden

Wanneer depressie

Wanneer?

effectief bij een ernstige depressie

Wanneer, go slow

sis dan bij volwassenen,
tot optimale dosis
aleer antidepressiva werken



MOEILIJK HANTEERBAAR GEDRAG

Watchful waiting

- ➔ Eerst observeren vooraleer medicamenteus ingrijpen
 - ➔ Inventariseren symptomen via diagnostiek
- ➔ Sluit een lichamelijke oorzaak uit (bijvoorbeeld pijn)

Pak het aan, maar niet alleen met pillen

- ➔ Voorkeur voor niet-medicamenteuze interventies
- ➔ Alternatieve aanpak door overleg met alle betrokkenen en op maat van de bewoner

Noteer wat je ziet, niet wat je denkt of voelt!

- ➔ Feiten (gedrag) zijn geen interpretaties

BIJLAGE 13

Richtlijn slaap- en kalmeringsmiddelen



BEZINT EER GE BEGINT

- ➔ Denk na over een ruime aanpak van het probleemgedrag. Vanwaar komen de slaap- of angstproblemen? Hanteer **preventieve tips**.
- ➔ Bezint eer ge begint is niet van toepassing, aangezien de bewoner al psychofarmaca gebruikt.

WAAROM DIE PIL?

- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening van het product bij opstart en/of wijziging.
- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening van het product bij wijziging van product.
- ➔ Volg de werking van de gebruikte psychofarmaca op in de registraties.

SAMEN STERK

- ➔ Denk multidisciplinair na over een alternatieve aanpak.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de registratie van het gedrag van de bewoner.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de opvolging van het gedrag van de bewoner.

ELKE KUUR HEEFT ZIJN DUUR

- ➔ Benoem de voorziene toedieningsduur bij de opstart van psychofarmaca in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Benoem hoe lang dit product al gebruikt wordt in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Overweeg afbouw of stop van het product bij afwezigheid van probleemgedrag.

PIJN ?

- ➔ Wees alert voor pijn bij de bewoner en registreer dit.
- ➔ Blijf alert voor pijn bij de bewoner en registreer dit.
- ➔ Evalueer de werking van psychofarmaca op het probleemgedrag en overweeg de optie dat de bewoner probleemgedrag stelt omdat hij pijn heeft.

SLAAPHYGIËNE EN LICHAAMSBEWEGING

- ➔ Rapporteer over de slaaphygiëne en lichaamsbeweging van bewoners.
- ➔ Rapporteer over de slaaphygiëne en lichaamsbeweging van bewoners.

ANGST KENT VELE OORZAKEN

- ➔ Registreer het zoeken naar (en het vinden van) de oorzaak van de angst bij de bewoner.
- ➔ Pak de oorzaak van angst aan, bij voorkeur niet-medicamenteus.
- ➔ Observeer of de angst van de bewoner afneemt.
- ➔ Volg de werking van het psychofarmacon op.

VERMIJD MEERVOUDIG BENZO GEBRUIK

- ➔ Werp een kritische blik op de medicatiefiche van de bewoner bij iedere overweging tot opstart van een nieuw psychofarmacon (Wat gebruikt hij al?) en registreer je bevindingen.
- ➔ Kijk bij gebruik van meerdere psychofarmaca of afbouw mogelijk is.
- ➔ Registreer bevindingen.



HOE WERK JE MET DE RICHTLIJN SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN?

A. DE BEWONER NEEMT SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN



Actie 1: Welke bewoner neemt slaap- en kalmeringsmiddelen?

In Stap 3 van het zevenstappenplan bepaal je de prioriteiten. Je gaat na welke bewoners slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken. Dit doe je aan de hand van de monitoringtool (zie Bijlage 23 'Handleiding monitoringtool'). Met dit document kan je het psychofarmacagebruik van het woonzorgcentrum en per afdeling afzonderlijk opvolgen. De evolutie van een bewoner kan je opvolgen in de elektronische medicatiefiche.

Actie 2: Is het gebruik van het slaap- en kalmeringsmiddel geïndiceerd?

De afdelingsverantwoordelijke **bespreekt iedere maand met het afdelingsteam of het psychofarmacagebruik van de bewoners die psychofarmaca gebruiken nog zinvol is of niet**. Dit kan aan de hand van de Bijlagen 21 'Analysedocument indicatie van het gebruik' en 22 'Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmacon'.

Aan de hand van een IPO **bespreekt de psychofarmacacoördinator met de afdelingsverantwoordelijke, de CRA en idealiter de apotheker van de instelling deze info. Tijdens dit overleg evalueer je of het gebruik effectief en efficiënt is**. Na het overleg communiceert het team eventuele voorstellen tot wijziging met de huisarts en worden, waar nodig, aanpassingen in het medicatieschema van de bewoner doorgevoerd.

Ga na waarvoor het slaap- en kalmeringsmiddel werd opgestart:

- In het WZC: Lees de registraties uit de periode van opstart na in het elektronisch zorgdossier.
- Tijdens een ziekenhuisopname: Informeer bij de huisarts of bij de afdeling van het ziekenhuis waar je bewoner verbleef.
- In de thuissituatie: Informeer bij de huisarts of bij de familie van de bewoner.



Ga na of het slaap- en kalmeringsmiddel werd opgestart omwille van een psychiatrische problematiek. De voorschrijvende arts kan hier duidelijkheid in brengen.



Breng de voorgeschiedenis van de bewoner in kaart. Bevrraag de bewoner zelf of ga in gesprek met de familie of een vertegenwoordiger van de bewoner. Wanneer een arts al lange tijd een bewoner opvolgt, kan ook hij/zij relevante informatie leveren.

Ga na of de indicatie voor het gebruik van het slaap- en kalmeringsmiddel nog steeds aanwezig is.

Doe dit in overleg met de afdelingsverantwoordelijke, de arts van de bewoner en eventueel de apotheek van het woonzorgcentrum.



Om na te gaan of het gebruik van het slaap- en kalmeringsmiddel effectief en efficiënt is, maak je gebruik van het 'Analysedocument indicatie van het gebruik' in Bijlage 21.

Actie 3: Kunnen we het slaap- en kalmeringsmiddel afbouwen?

Op basis van de analyse uit actie 2 beslis je, samen met de bewoner, de afdelingsverantwoordelijke en de arts om het slaap- en kalmeringsmiddel al dan niet af te bouwen. Hierbij is het belangrijk de bewoner en familie goed te informeren, motiveren en ondersteunen. Zorg ervoor dat de bewoner begrijpt waarom je het slaap- en kalmeringsmiddel afbouwt en hoe de afbouw verloopt. Aan de hand van de tips bij afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen kan je een bewoner motiveren en ondersteunen.

B. DE BEWONER HEEFT SLAAPPROBLEMEN



Wanneer bewoners aangeven dat ze niet goed slapen, is het in eerste instantie belangrijk om aandacht te besteden aan hun slaaphygiëne. Dit kan aan de hand van de preventieve tips. Ook inzetten op niet-farmacologische alternatieven kan hier een meerwaarde bieden.

Wanneer de slaapproblemen aanhouden na toepassing van een goede slaaphygiëne, is het aangeraden een psycholoog met ervaring in het toepassen van 'cognitieve gedragstherapie bij insomnia' in te schakelen.



Om verheldering te geven over het probleemgedrag van de bewoner maak je gebruik van het 'Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmacon' in Bijlage 22.

ACHTERGROND BIJ DE RICHTLIJN [18-22]

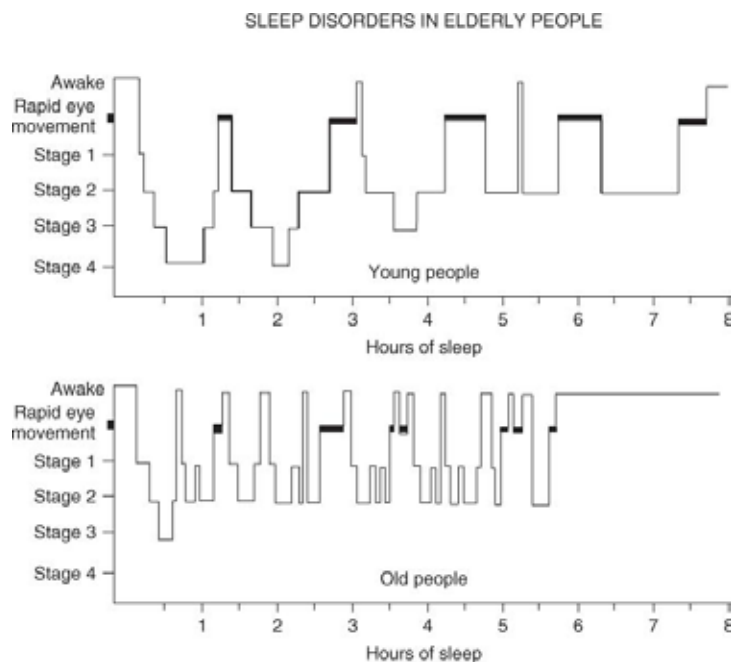
Aan de hand van deze info kan je medewerkers, bewoners en familie informeren over gezonde slaap.

Slaapfasen

Onze slaap is opgedeeld in verschillende fasen:

- **Doezelslaap:** Dit is de overgang tussen wakker zijn en slapen. Dit is de fase waarin je het gevoel hebt dat je nog wakker bent, ook al zegt men dat je aan het slapen was. In de figuur is dit 'stage 1'.
- **Lichte slaap:** Tijdens deze fase slaap je nog niet vast. We worden nog gemakkelijk wakker, bijvoorbeeld door omgevingsgeluid. In de figuur is dit 'stage 2'.
- **Diepe slaap:** In deze fase word je minder snel wakker. Je slaapt zeer vast. Deze fase dient vooral om ons lichaam te laten herstellen van de inspanningen die we geleverd hebben overdag. In de figuur is dit 'stage 3 en 4'.
- **Rapid Eye Movement (REM)' of droomslaap:** Tijdens deze fase slaap je heel diep. Terwijl je hersenen zeer actief zijn. Dit is de fase waarin je droomt en je ervaringen van de dag verwerkt. In de figuur ligt dit dicht bij 'wakker zijn' aan, omdat onze hersenen zo actief zijn.

Deze verschillende slaapfasen wisselen elkaar af doorheen de nacht. Een voorbeeld van dit patroon, en het verschil tussen jonge volwassenen en ouderen, staat in onderstaande figuur. Deze figuur is gebaseerd op activiteiten in de hersenen doorheen de verschillende fasen. Als we wakker zijn, zijn onze hersenen heel actief. Als we diep slapen, zijn onze hersenen minder actief, behalve wanneer we dromen (REM-slaap).



bron: Sleep apnoea and sleep disorders. beschikbaar via <https://oncohemakey.com/sleep-apnoea-and-sleep-disorders>. Geraadpleegd: 20 augustus 2018.

Slapen en ouder worden

Zoals je ziet in bovenstaande figuur, verandert onze slaap met onze leeftijd. Bij het ouder worden zijn er een aantal belangrijke veranderingen in onze slaap:

- Groter percentage lichte slaap (slaap is oppervlakkiger en meer gefragmenteerd)
- Minder diepe slaap en REM-slaap
- Vaker ontwaken
- Moeilijker inslapen

Deze veranderingen zijn normaal. Je hoeft hier dus geen slaapmedicatie voor te nemen.

Hoeveel slaap heb ik nodig?

De hoeveelheid slaap die iemand nodig heeft, verschilt van persoon tot persoon. Gemiddeld genomen is dit acht uur op jongvolwassen leeftijd. Dit wil niet zeggen dat iedereen acht uur slaap nodig heeft. Om te weten of je voldoende uren slaapt, is het belangrijk na te gaan of je overdag goed functioneert. Wanneer je niet moe bent overdag, is er geen probleem. Bij het ouder worden, kan het trouwens ook zijn dat je minder slaap nodig hebt in vergelijking met je jonge jaren.

Ook de inslaapduur verschilt van persoon tot persoon. Je hoeft dus niet te panikeren als je langer wakker ligt dan je partner vooraleer je in slaap valt.

Wat beïnvloedt slaap?

Onze activiteit overdag bepaalt mee hoe goed je slaapt. Als je overdag veel dutjes doet, weinig actief bent, veel stress ervaart, veel koffie of andere cafeinerijke dranken drinkt, ... slaap je minder goed in. Dit komt omdat onze slaap geregeld wordt door:

- **Hormonen:** Dit zijn stoffen in ons lichaam die bepalen dat het tijd is om te slapen. Wanneer je op onregelmatige momenten slaapt en ontwaakt, ontregel je je eigen hormonenwerking, waardoor je minder goed slaapt.
- **Vermoeidheid en slaapdruk:** Wanneer je doorheen de dag jezelf niet voldoende vermoeid en te veel dutjes doet, heb je te weinig 'druk' om 's avonds in slaap te vallen. Hierdoor val je moeilijk in slaap. Wanneer dit in extreme mate gebeurt, kan je dag en nacht omkeren, waardoor je overdag veel slaapt, maar 's nacht wakker ligt.

Slaapmedicatie is niet altijd de juiste oplossing

De actieve bestanddelen in slaapmedicatie werken maar twee tot vier weken. Nadien zijn je hersenen eraan gewend, waardoor ze hier niet meer op reageren. Verhoging van de dosis is dan nodig om hetzelfde effect te bekomen. Je lichaam geraakt erg snel gewoon aan slaapmedicatie.

Slaapmedicatie kan helpen met het overbruggen van een moeilijke periode, maar ze nemen de oorzaak van het slaapprobleem niet weg. Om van je slaapprobleem af te geraken, is de aanpak van de oorzaak dus veel effectiever.

Gewoonte

Bewoners hebben vaak het gevoel dat ze beter slapen met slaapmedicatie. Zelfs wanneer de dosis van slaapmedicatie al jaren hetzelfde is. Dit wijst meestal op een gewoonte, en wil zeggen dat de bewoner psychisch verslaafd is aan de slaapmedicatie. Het idee 'ik ga een pilletje krijgen' werkt dan al voldoende om je te doen inslapen. De medicatie zelf heeft echter geen actieve bijdrage meer aan het inslapen. Het lijkt alsof je beter slaapt met slaapmedicatie, omdat ze ervoor zorgt dat je sneller inslaapt. De kwaliteit van de slaap is slechter bij langdurig gebruik van slaapmedicatie. In die zin dat je lichter slaapt en sneller wakker wordt dan normaal.

Nadelen van slaapmedicatie

Slaapmedicatie heeft een belangrijk aantal nadelen. Ze zorgen ervoor dat ouderen:

- **Gemakkelijker vallen:** De gemiddelde slaappil blijft 12 tot 14 uur aanwezig in ons bloed. De meeste mensen slapen niet zo lang. Wanneer ouderen wakker zijn, verdooft de slaapmedicatie hen dus nog altijd, waardoor ze minder stabiel zijn en sneller vallen.
- **Minder goed onthouden:** Slaapmedicatie werkt verdovend. Hierdoor kunnen ouderen minder goed hun aandacht ergens bij houden, waardoor ze nieuwe informatie minder goed onthouden.
- **Suf voelen:** Doordat slaapmedicatie langer in het lichaam van ouderen aanwezig is dan dat ze slapen, voelen ze zich overdag nog suf en verdoofd. Daarnaast verslapt slaapmedicatie de spieren.
- Meer kans hebben op urineverlies doorheen de dag.

Deze nadelen zijn ook aanwezig bij een lage dosis van het middel. Een mild slaapmiddel dat veilig gebruikt wordt voor een langere tijd, bestaat dus niet.

PREVENTIEVE TIPS [18-21]

Onderstaande tips kunnen tot een beter slaap leiden. Deze tips zullen echter niet voor alle bewoners uitvoerbaar zijn, daarom suggereren we enkele aangepaste toepassingsmogelijkheden. Voor bewoners die geen slaapproblemen ervaren, mogen uiteraard uitzonderingen op deze tips gemaakt worden.

Algemene tips

Onze slaap is opgedeeld in verschillende fasen:

- Houd bewoners actief doorheen de dag: stimuleer deelname aan activiteiten en zorg voor zoveel mogelijk beweging. Bij bedlegerige bewoners is veel beweging niet altijd mogelijk. Probeer hen daarom zo veel mogelijk cognitief te stimuleren, bijvoorbeeld door muziek aan bed, gesprekken, massages, kruiswoordraadsels, ...
- Behoud voldoende regelmaat in het dag- en nachtritme van de bewoner:
 - Laat hem/haar op hetzelfde uur opstaan, gaan slapen als ze zich moe voelen en op regelmatige tijdstippen eten.
 - Zorg voor voldoende blootstelling aan de buitenlucht en het daglicht. Voor bed- en kamergebonden bewoners is het belangrijk de kamer regelmatig en voldoende te verluchten en veel lichtinval te voorzien.
 - Tracht de bewoner wakker te houden overdag. Vermijd dutjes overdag of beperk deze tot maximaal 20 minuten.
- Zorg voor een 'dagaufbouw':
 - Vermijd lezen of tv kijken in bed. Voor bedlegerig bewoners: laat hen waar mogelijk niet liggend, maar zittend tv kijken. Vermijd ook tablet- en smartphonegebruik een halfuur voor het slapen.
 - Vermijd het gebruik van nicotine, cafeïne (zit ook in zwarte thee!) en alcohol.
 - Zowel honger als een volle maag hebben een negatieve impact op slaap. Vermijd dus zware maaltijden voor het slapengaan, een lichte hap kan echter wel.
- Zorg ervoor dat de slaapkamer:
 - Voldoende verduisterd, verlucht en rustig/stil is
 - En een ideale temperatuur heeft (kamertemperatuur)
- Plaats de wekker uit het zicht van de bewoner, wanneer hij/zij de neiging heeft om hier 's nachts veel naar te kijken.
- Wanneer een bewoner nerveus of gefrustreerd wordt omdat hij/zij niet kan inslapen, probeer hem/haar dan even te laten opstaan (idealiter na langer dan 20 minuten wakker liggen), te ontspannen totdat hij/zij zich terug slaperiger voelt. Zorg ervoor dat hij/zij niet in de zetel in slaap valt. Wanneer de bewoner niet meer of niet zelfstandig uit bed kan, is het rechtzetten van het hoofdeinde een goed alternatief om het wakker liggen even te doorbreken.
- Bewoners die sterk piekeren 's avonds kunnen een piekermoment inlassen, waarbij ze alle piekergedachten neerschrijven in een boekje of deze bespreken met een naaste. Wanneer het piekeren terug de kop opsteekt, kan verwezen worden naar het piekermoment van de dag nadien. Zo worden de gedachten 'opgespaard' tot één moment.
- Beperk de tijd die iemand in bed doorbrengt tot het aantal uren die iemand nodig heeft om voldoende uitgerust te zijn. Wanneer een bewoner bijvoorbeeld met zes uur slaap voldoende heeft om overdag goed te functioneren, dient hij/zij niet langer dan zes uur in bed door te brengen. Deze aanpak is zeer belangrijk bij ouderen, omdat doorgaans de totale slaaptijd afneemt, maar de tijd in bed lijkt toe te nemen.

Tips specifiek voor bewoners met dementie

- Alle algemene tips, mits aanpassing aan de cognitieve mogelijkheden van de bewoner.
- Om omkering van dag en nacht te voorkomen: maak hen zo veel mogelijk wakker doorheen de dag. Zo blijft de slaapnood naar de avond toe meer behouden.

TIPS VOOR AFBOW VAN SLAAP- EN KALMERINGSMIDDELEN [18-21]

Wanneer een bewoner gemotiveerd is om zijn slaap- en kalmeringsmiddel af te bouwen kunnen deze tips helpen hem/haar te ondersteunen:

Tips voor de afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen

- Wanneer slaapmedicatie na lang gebruik stopt, kan je tijdelijk (ongeveer 2 weken) meer problemen ervaren om te slapen. Dit heet ontwenning en is normaal. Je lichaam moet wennen aan de afwezigheid van het geneesmiddel. Deze fase is niet gemakkelijk. Het is belangrijk om door te zetten om achteraf de vruchten ervan te plukken. De kans is groot dat je dan beter slaapt dan voordien. Bovendien is je hoofd helderder.
- Om de kans op ontwenningssverschijnselen te verkleinen, stop je best niet plots met het slaapmiddel. Het is beter om de dosis langzaam te verminderen. Je arts of apotheker helpt je hierbij. Je hoeft het afbouwproces niet alleen te doen.

Extra info en tips voor de hulpverlener:

- Vroeger werd voor de afbouw van slaapmedicatie vaak eerst overgeschakeld op een benzodiazepine met langere halfwaardetijd (bijvoorbeeld Diazepam). Deze werkwijze heeft bij ouderen geen bijkomende voordelen. Stapsgewijs afbouwen met het product dat de bewoner neemt, heeft dus de voorkeur (zie ook 'Formularium ouderenzorg – slaapstoornissen').
- Volg bij de afbouw het tempo van de bewoner en evalueer regelmatig hoe het verloopt. Heeft een bewoner veel last van ontwenningssverschijnselen, houd hier dan rekening mee in het afbouwschema. Stopzetting moet het doel zijn, maar als dit niet haalbaar is voor een bewoner, is vermindering al een belangrijke tussenstap.
- Laat bewoners voelen dat ze er niet alleen voor staan. Zorg dat iedereen die in contact komt met de bewoner ervan op de hoogte is dat hij zijn medicatie afbouwt. Zo kan iedereen de nodige ondersteuning en positieve stimulans bieden.
- Maak het zorgpersoneel dat medicatie toedient duidelijk welke medicatie slaapmedicatie is. Het kan interessant zijn om slaapmedicatie in aparte zakjes en op een later tijdstip (bijvoorbeeld 20u30) bij de robot te laten voorbereiden. Informeer hiervoor bij je apotheker.

Tips voor de ondersteuning en opvolging van bewoners tijdens en na afbouw

Wanneer een bewoner zijn medicatie afbouwt, of heeft afgebouwd, zijn volgende tips belangrijk:

- Ga regelmatig langs bij de bewoner en vraag hoe hij of zij de afbouw ervaart. Speel in op de punten waarmee de bewoner het moeilijk heeft.
- Bekrachtig de successen, zowel bij de bewoner als bij het team dat de bewoner ondersteunt.
- Motiveer de bewoner tot activiteiten doorheen de dag.
- Geef tips voor een goede slaap.
- Blijf na afbouw waakzaam bij kantelmomenten (bijvoorbeeld overlijden van dierbare, ziekenhuisopname, ...). Wanneer slaapproblemen opnieuw beginnen voorkomen, ondersteun hem of haar dan tijdig met niet-farmacologische alternatieven.

BIJLAGE 14

Richtlijn antidepressiva



BEZINT EER GE BEGINT

- ➔ Denk na over een ruime aanpak van het probleemgedrag. Vanwaar komen depressieve gevoelens? Hanteer **preventieve tips**.
- ➔ Deze richtlijn is niet van toepassing, aangezien de bewoner al psychofarmaca gebruikt.

WAAROM DIE PIL?

- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening van het product bij opstart en/of wijziging.
- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening bij wijziging van product.
- ➔ Volg de werking van de gebruikte psychofarmaca op in de registraties.

SAMEN STERK

- ➔ Denk multidisciplinair na over een alternatieve aanpak.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de registratie van het gedrag van de bewoner.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de opvolging van het gedrag van de bewoner.

ELKE KUUR HEEFT ZIJN DUUR

- ➔ Benoem de voorziene toedieningsduur bij de opstart van psychofarmaca in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Benoem hoe lang dit product al gebruikt wordt in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Overweeg afbouw of stop van het product bij afwezigheid van probleemgedrag.

PIJN ?

- ➔ Wees alert voor pijn bij de bewoner en registreer dit.
- ➔ Blijf alert voor pijn bij de bewoner en registreer dit.
- ➔ Evalueer de werking van psychofarmaca op het probleemgedrag en overweeg de optie dat de bewoner probleemgedrag stelt omdat hij pijn heeft.

VERDRIET IS GEEN DEPRESSIE

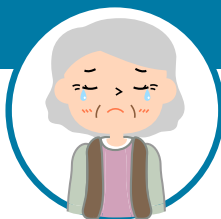
- ➔ Wees alert voor de aanwezigheid van verdriet bij de bewoner en registreer dit (bijvoorbeeld bij kantelmomenten zoals het overlijden van een dierbare).
- ➔ Maak melding van de context van het verdriet van de bewoner: Wat ligt aan de basis van het verdriet?
- ➔ Volg de werking of bijwerkingen van het antidepressivum op de gemoedstoestand van de bewoner op.
- ➔ Blijf alert voor de aanwezigheid van verdriet bij de bewoner en vermeld dit in de registraties.

MAJEURE DEPRESSIE IN ANAMNESE?

- ➔ Schenk aandacht aan de mogelijke aanwezigheid van een majeure depressie in de anamnese en vermeld dit in de registratie.
- ➔ Schenk aandacht aan de mogelijke aanwezigheid van een majeure depressie in de anamnese en vermeld dit in de registratie.
- ➔ Wees alert voor het bekomen van informatie bij het gebruik van antidepressiva bij nieuwe opnames.

START LOW, GO SLOW!

- ➔ Vermeld de dosis waarmee gestart wordt.
- ➔ Verhoog de dosis niet binnen de voorziene termijn om het product in werking te laten treden (bijvoorbeeld 6 weken bij antidepressivum).
- ➔ Vermeld de dosis waarmee gestart werd.
- ➔ Verhoog de dosis niet binnen de voorziene termijn om het product in werking te laten treden (bijvoorbeeld 6 weken bij antidepressivum).



HOE WERK JE MET DE RICHTLIJN ANTIDEPRESSIVA



A. DE BEWONER NEEMT ANTIDEPRESSIVA

Actie 1: Welke bewoner neemt antidepressiva?

In Stap 3 van het zevenstappenplan bepaal je de prioriteiten. Je gaat na welke bewoners antidepressiva gebruiken. Dit doe je aan de hand van de monitoringtool (zie Bijlage 23 'Handleiding monitoringtool'). Met dit document kan je het psychofarmacagebruik van het woonzorgcentrum als geheel en per afdeling afzonderlijk opvolgen. De evolutie van een bewoner kan je opvolgen in de elektronische medicatiefiche.

Actie 2: Is het gebruik van antidepressiva geïndiceerd?

De afdelingsverantwoordelijke **bespreekt iedere maand met het afdelingsteam of het psychofarmacagebruik van de bewoners die psychofarmaca gebruiken nog zinvol is of niet**. Dit kan aan de hand van de Bijlagen 21 'Analysedocument indicatie van het gebruik' en 22 'Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmacon'.

Aan de hand van **een IPO bespreekt de psychofarmacacoördinator met de afdelingsverantwoordelijke, de CRA en idealiter de apotheker van de instelling deze info. Tijdens dit overleg evalueer je of het gebruik effectief en efficiënt is**. Na het overleg communiceert het team eventuele voorstellen tot wijziging met de huisarts en worden, waar nodig, aanpassingen in het medicatieschema van de bewoner doorgevoerd.

Ga na waarvoor het antidepressivum werd opgestart.

- In het woonzorgcentrum: Lees de registraties uit de periode van opstart na in het elektronisch zorgdossier.
- Tijdens een ziekenhuisopname: Informeer bij de huisarts of bij de afdeling van het ziekenhuis waar je bewoner verbleef.
- In de thuissituatie: Informeer bij de huisarts of bij de familie van de bewoner.



Om na te gaan of het gebruik van het antidepressivum effectief en efficiënt is, maak je gebruik van het 'Analysedocument indicatie van het gebruik' in Bijlage 21.



Ga na of het antidepressivum werd opgestart omwille van een psychiatrische problematiek zoals een majeure depressie. In dit geval is het af te raden de medicatie stop te zetten zonder overleg met de specialist (bijvoorbeeld psychiater) die de medicatie opstartte.



Breng de voorgeschiedenis van de bewoner in kaart. Bevraag de bewoner zelf of ga in gesprek met de familie of een vertegenwoordiger van de bewoner. Wanneer een arts al lange tijd een bewoner opvolgt, kan ook hij relevante informatie leveren.

Ga na of de indicatie voor het gebruik van het antidepressivum nog steeds aanwezig is.

Doe dit in overleg met de afdelingsverantwoordelijke, de arts van de bewoner en eventueel de apotheek van het woonzorgcentrum.

Actie 3: Kunnen we het antidepressivum afbouwen?

Op basis van de analyse uit actie 2 beslis je, samen met de arts, bewoner en de afdelingsverantwoordelijke om het antidepressivum al dan niet af te bouwen. Hierbij is het belangrijk de bewoner en familie goed te informeren, motiveren en ondersteunen. Zorg ervoor dat de bewoner begrijpt waarom je het antidepressivum afbouwt en hoe de afbouw verloopt. Aan de hand van de tips bij afbouw van antidepressiva kan je een bewoner motiveren en ondersteunen.

B. DE BEWONER HEEFT EEN DEPRESSIE, VERDRIET OF IS IN ROUW



De preventieve aanpak bij een bewoner met een (risico op een) depressie is gebaseerd op het stepped-care principe:

- Herken een (risico op) depressie, leer gebruik maken van screeningsinstrumenten.
- Daarna wordt een aanpak voorgesteld die gradueel opbouwt van light (focus op veerkracht) naar een meer gespecialiseerde aanpak.

Wanneer een bewoner neerslachtig is, wil dit niet noodzakelijk zeggen dat hij of zij depressief is. Om te bepalen of iemand aan een depressie lijdt, moet aan een aantal criteria voldaan worden.

Aan de hand van screeningsinstrumenten, zoals bijvoorbeeld de mini-geriatrische depressie schaal (GDS), **kan je nagaan of er sprake is van een depressie**. Een effectieve diagnose en **de ernst van de depressie wordt door de huisarts, geriater of psychiater bepaald. Geef je vermoedens dan ook tijdig aan.**

Wanneer bewoners blijvend neerslachtig of verdrietig zijn, bieden volgende niet-farmacologische alternatieven de voorkeur.

- Functionele training
- Bewegingstherapie en fysieke activiteit
- Psycho-educatie, individuele sessies, groepssessies: zie zilverwijzer (<https://www.gezondleven.be/projecten/zilverwijzer>); in de woonzorgcentra heeft zilverwijzer als doel de geestelijke gezondheid en mentale veerkracht van bewoners te verhogen.
- Betekenisvolle (BAM, zie Bijlage 19 'Betekenisvolle activiteiten') en sociale activiteiten (BE-ACTIV, een methode die zich richt tot het individu om positieve activiteiten te bepalen, te realiseren en te verhogen).



Een belangrijk aspect bij het voorkomen van een depressie is veerkracht. Wanneer ouderen verhuizen naar een woonzorgcentrum komt hun veerkracht sterk onder druk te staan. Verhogen van veerkracht (aanspreken van de capaciteiten van de bewoners) kan depressie voorkomen. Dit kan aan de hand van de preventieve tips. Maar ook niet-farmacologische alternatieven spelen hier een belangrijke rol.

Wanneer de neerslachtigheid of depressieve klachten aanhouden na toepassing van deze tips, is het aangeraden een arts in te schakelen.

Enkel een arts kan bepalen of er sprake is van een depressie. De ernst van een depressie wordt door een arts bepaald. Bij een lichte depressie is het gebruik van antidepressiva onnodig en zijn niet-farmacologische alternatieven aangewezen (zie informatiefiche niet-farmacologische alternatieven).

Bij een ernstige depressie daarentegen volstaat een aanpak zonder antidepressiva vaak niet. Antidepressiva onder-

drukken de klachten van een depressie. Helaas neemt dat de oorzaak ervan niet weg. Voor een echte oplossing moet dus ook gewerkt worden aan de onderliggende problemen. Daarom worden psychotherapie, alternatieve activiteiten en medicatie best gecombineerd. Bij een vermoeden van een depressie kan je vragen aan de huisarts om door te verwijzen naar een specialist.



Om verheldering te geven over het probleemgedrag van de bewoner maak je gebruik van de het 'Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmakon' in Bijlage 22.

ACHTERGROND BIJ DE RICHTLIJN [23-26]

Aan de hand van deze info kan je medewerkers, bewoners en familie informeren over verdriet, rouw en depressie.

Depressie

Wanneer een bewoner neerslachtig is, wil dit niet noodzakelijk zeggen dat hij of zij depressief is. Om te bepalen of iemand aan een depressie lijdt, moet aan een aantal criteria voldaan worden.

Op de website van **Domus Medica** staan de kenmerken voor de diagnose (volgens 'Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric disorders (DSM-V)' samengevat.

Bij een depressie, ontstaan op oudere leeftijd, worden **somberheid en schuldgevoelens minder vaak gezien**. Kenmerken zoals **interesseverlies, lusteloosheid, traagheid en angstklachten staan vaker op de voorgrond**. Ook **lichamelijk en cognitieve klachten**, zoals gewichtsverlies, slaapproblemen, vermoeidheid en concentratie- of geheugenstoornissen kunnen optreden.

Er bestaan **drie ernstgraden** van depressie:

- Licht
- Matig
- Ernstig (majeur)

Aan de hand van screeningsinstrumenten zoals bijvoorbeeld de mini-geriatrische depressie schaal (GDS) **kan je nagaan of er sprake is van een depressie. De ernst van de depressie wordt door de huisarts of specialist bepaald. Geef je vermoedens dan ook tijdig aan.**

Veerkracht

Een belangrijk aspect bij het voorkomen van een depressie is veerkracht. Wanneer ouderen verhuizen naar een woonzorgcentrum komt hun veerkracht sterk onder druk te staan. Verhogen van veerkracht (aanspreken van de capaciteiten van de bewoners) kan depressie voorkomen.

Depressie of dementie?

Bij ouderen is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen depressie en dementie. De kenmerken van beginnende dementie kunnen sterk gelijken op deze van een depressie (onder andere geheugenklachten). Personen met beginnende dementie kunnen neerslachtig zijn. Belangrijke verschillen tussen depressie en dementie zijn:

- De snelheid van het ontstaan van symptomen: bij een depressie gaat dit sneller dan bij dementie.
- Geheugenklachten zullen door personen met beginnende dementie eerder ontkend of gecompenseerd worden, daar waar personen met depressie dit als hinderlijk ervaren.
- Bij beginnende dementie is zowel het actief ophalen van recent geleerde informatie als het herkennen daarvan verstoord. Bij depressie ontstaan geheugenklachten eerder uit interesseverlies, waardoor men de nieuwe informatie niet meer goed opneemt. Herkenning van recent geleerde informatie blijft vaak bewaard.

Een bewoner met dementie kan ook een depressie hebben. Gebruik observatieschalen om dit te observeren. Je kan hiervoor bijvoorbeeld de Cornell (http://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/209/original/Cornell_Scale_vragenlijst.pdf?1396885820) gebruiken en de Geriatrische depressie-schaal (<http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?sort=%5E%5BG%C4%9E%5D.%2A>) voor personen die geen dementie hebben. **Signaleer je vermoeden steeds aan een arts.**

Depressieve klachten

Wanneer bewoners die neerslachtig zijn niet voldoen aan de kenmerken van depressie, kunnen ze wel **'depressieve klachten'** hebben. Bewoners voelen zich somber en ondervinden hier hinder van. Neerslachtigheid of depressieve klachten kunnen verschillende oorzaken hebben (omgevingsgebonden, familiaal, persoonsgebonden, ...). Wanneer neerslachtigheid of somberheid optreedt na een rouwproces (bijvoorbeeld bij verlies van een dierbare, woonplaats, gezondheid, ...) is dit geen depressie. Een langdurig aanhoudend rouwproces is pathologische rouw.

Rouw kan gelijkaardige kenmerken hebben als een depressie en kent vaak een lang verloop. Dit is normaal. Het is een individueel verwerkingsproces dat ook bij ouderen tijd vraagt. In eerste instantie wordt er gekeken naar niet-farmacologische alternatieven (zie Bijlage 18 'Niet-farmacologische alternatieven'). Als er toch wordt overgegaan tot antidepressiva, is het belangrijk om volgende info te weten:

- Het gebruik van **antidepressiva is enkel aangewezen bij een ernstige depressie**. Bij een lichte of matige depressie bestaat enkel evidentie voor een **niet-therapeutische benadering**.
- Bij **rouw, neerslachtigheid, depressieve klachten**, enzovoort is het gebruik van antidepressiva **niet effectief en efficiënt**.
- De **werkzaamheid van antidepressiva kan pas na 6 weken beoordeeld worden**. Op oudere leeftijd zijn antidepressiva mogelijks minder werkzaam, **waardoor het soms tot 12 weken duurt vooraleer er enig effect is**. Binnen deze termijn de dosis verhogen, wordt dan ook ten sterkste afgeraden.
- Na 6 tot 12 maanden bouw je het antidepressivum best af, of stop je met verdere toediening, aangezien er weinig evidentie is voor de werkzaamheid bij langer gebruik. Uitzondering hierop zijn mensen met een chronische depressie die al hun hele leven antidepressiva nemen. Wanneer nieuwe bewoners antidepressiva gebruiken vanuit de thuissituatie, dient de reden van opstart dus steeds onderzocht te worden.
- **Antidepressiva kunnen op korte termijn een opklaring van de gemoedstoestand geven, maar ze nemen de oorzaak van het probleem niet weg. Wanneer de behandeling niet gecombineerd wordt met niet-farmacologische alternatieven, is de kans dus reëel dat de problemen opnieuw optreden na afbouw van de antidepressiva**. Combineer de medicamenteuze behandeling steeds met niet-medicamenteuze alternatieven (zie hiervoor 'preventie' bij depressie).

Bijwerkingen van antidepressiva

Antidepressiva hebben diverse bijwerkingen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn:

- Verhoogd valrisico
- Slaperigheid of sufheid
- Agitatie
- Angst
- Duizeligheid

Een volledig overzicht van bijwerkingen per product vind je in het Formularium Ouderenzorg (Farmaka) antidepressiva.



Als een bewoner start met antidepressiva omdat hij of zij kampt met een ernstige depressie, is het aangewezen om voldoende informatie te geven. Vertel de bewoner dat het soms even duurt voor hij zich beter voelt. En dat er misschien bijwerkingen optreden. Geef aan dat hij steeds bij jou terecht kan met vragen en bezorgdheden

PREVENTIEVE TIPS [23-26]

Doe

- Geef psycho-educatie aan de bewoner: leg het verschil uit tussen rouw, depressie en verdriet. Vertel dat voor een lichte en matige depressie geen medicatie nodig is. Normaliseer het verdriet waar nodig en laat blijken aan de bewoner dat hij of zij verdriet mag hebben. Neem deze houding ook aan naar familie en andere medewerkers toe.
- Activeer de bewoner:
 - Breng structuur in de dag van de bewoner en plan voldoende activiteiten
 - Stimuleer tot beweging
 - Denk multidisciplinair na over hoe je samen de bewoner activeert
- Zorg voor een alternatief activiteitsaanbod, op maat van de bewoner (zie Bijlage 18 'Niet-farmacologische alternatieven').

Praat

- Ga regelmatig langs bij een bewoner voor een gesprek en stimuleer sociale contacten. Toon begrip en geduld, maar ga niet mee in de depressie. Warmte, vertrouwen en optimisme zijn de sleutelwoorden in de benadering. Maar ook het herkennen van de last.
- Praat over gevoelens en gedachten, zonder de bewoner te willen opbeuren of elementen 'weg te praten'. Wees een luisterend oor!
- Laat de bewoner één keer per dag, op een vast moment, ventileren over piekergedachten, eventueel door deze te noteren in een schriftje. De overige momenten van de dag refereer je naar dit vast moment.
- Benadruk positieve gebeurtenissen doorheen de dag: laat de bewoner bijvoorbeeld een 'positief boekje' bijhouden, waarin hij iedere dag een positieve gebeurtenis van de dag noteert. Het zit daarbij in 'kleine dingen'.
- Ondersteun de bewoner door samen met hem het levensverhaal op te maken. Bundel dit verhaal eventueel in een boek of een tijdlijn waar je foto's aan kan koppelen. Deze methode is zeer effectief bij ouderen met depressieve klachten.

Ernstige depressie?

Als de diagnose 'ernstige depressie' door de arts is gesteld, pas je het vijfstappenplan toe dat terug te vinden is in het formulier Ouderenzorg antidepressiva (majeure depressie) van Farmaka.

- Erken de klachten en neem de bewoner altijd serieus.
- Wees waakzaam voor (verborgen) suïcidaliteit bij bewoners. Voor meer informatie kan je terecht op zelfmoord1813.be. Ook bij een lichte tot matige depressie nagaan en regelmatig opnieuw bevragen.

TIPS BIJ AFBOW VAN ANTIDEPRESSIVA [23-26]

Wanneer een bewoner gemotiveerd is om zijn antidepressivum af te bouwen kunnen deze tips helpen hem/haar te ondersteunen:

- Ga regelmatig langs bij de bewoner en vraag hoe hij of zij de afbouw ervaart. Speel in op de punten waarmee de bewoner het moeilijk heeft.
- Bekrachtig de successen, zowel bij de bewoner als bij het team dat de bewoner ondersteunt.
- Motiveer de bewoner tot activiteiten doorheen de dag.
- Geef tips om de neerslachtigheid of depressieve gevoelens aan te pakken (zie tips om de bewoner 'zich beter te laten voelen').
- Blijf na afbouw waakzaam bij kantelmomenten, bijvoorbeeld bij het overlijden van een dierbare, ziekenhuisopname, ... Wanneer een bewoner lijkt te hervallen in zijn of haar neerslachtigheid, enzovoort, kan je hem tijdig ondersteunen met niet-medicamenteuze alternatieven (zie tips om de bewoner 'zich beter te laten voelen').
- Start indien mogelijk met alternatieve activiteiten bij de bewoner voor het behoud van de kwaliteit van het leven.



BIJLAGE 15

Richtlijn antipsychotica



BEZINT EER GE BEGINT

- ➔ Denk na over een ruime aanpak van het probleemgedrag. Van waar komt het moeilijk hanteerbaar gedrag? Als psychofarmaca geïndiceerd zijn, hanteer je de **preventieve tips**.
- ➔ Deze richtlijn is niet van toepassing, aangezien de bewoner al psychofarmaca gebruikt.

WAAROM DIE PIL?

- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening van het product bij opstart en/of wijziging.
- ➔ Geef een duidelijke reden voor de toediening van het product bij wijziging van product.
- ➔ Volg de werking van de gebruikte psychofarmaca op in de registraties.

SAMEN STERK

- ➔ Denk multidisciplinair na over een alternatieve aanpak.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de registratie van het gedrag van de bewoner.
- ➔ Iedere discipline draagt zijn steentje bij aan de opvolging van het gedrag van de bewoner.

ELKE KUUR HEEFT ZIJN DUUR

- ➔ Benoem de voorziene toedieningsduur bij de opstart van psychofarmaca in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Benoem hoe lang dit product al gebruikt wordt in de registratie.
- ➔ Vermeld de voorziene stopdatum in de registratie en op de medicatiefiche.
- ➔ Overweeg afbouw of stop van het product bij afwezigheid van probleemgedrag.

PIJN ?

- ➔ Wees alert voor pijn bij de bewoner en registreer dit.

WATCHFUL WAITING

- ➔ Rapporteer het probleemgedrag zonder de suggestie tot opstart van een psychofarmakon.
- ➔ Vermeld het probleemgedrag in zijn context (bijvoorbeeld slaan van medebewoner als reactie op uitdaging van medebewoner).
- ➔ Rapporteer het probleemgedrag zonder de suggestie tot opstart van een psychofarmakon.
- ➔ Blijf alert voor de aanwezigheid van verdriet bij de bewoner en vermeld dit in de registraties.

PAK HET AAN, MAAR NIET ALLEEN MET PILLEN

- ➔ Registreer de alternatieve behandeloptie(s):
 - Registreer ideeën voor alternatieven
 - Evalueer alternatieven
- ➔ Overweeg de volgende stap pas wanneer uit de registraties blijkt dat het uitgetroefde alternatief niet of onvoldoende werkt.
- ➔ Registreer de alternatieve behandeloptie(s):
 - Registreer ideeën voor alternatieven
 - Evalueer alternatieven
- ➔ Overweeg de volgende stap pas wanneer uit de registraties blijkt dat het uitgetroefde alternatief niet of onvoldoende werkt.

NOTEER WAT JE ZIET, NIET WAT JE DENKT OF VOELT!

- ➔ Maak objectieve registraties (bijvoorbeeld WEL: Irma klopte 10 keer op tafel en NIET: Irma is agressief).
- ➔ Maak objectieve registraties.



HOE WERK JE MET DE RICHTLIJN ANTIPSYCHOTICA?



A. DE BEWONER NEEMT ANTIPSYCHOTICA

Actie 1: Welke bewoner neemt antipsychotica?

In Stap 3 van het zevenstappenplan bepaal je de prioriteiten. Je gaat na welke bewoners antipsychotica gebruiken. Dit doe je aan de hand van de monitoringtool (zie Bijlage 23 'Handleiding monitoringtool'). Met dit document kan je het psychofarmacagebruik van het woonzorgcentrum als geheel en per afdeling afzonderlijk opvolgen. De evolutie van een bewoner kan je opvolgen in de elektronische medicatiefiche.

Actie 2: Is het gebruik van antipsychotica geïndiceerd?

De afdelingsverantwoordelijke **bespreekt iedere maand met het afdelingsteam of het psychofarmacagebruik van de bewoners nog zinvol is of niet**. Dit kan aan de hand van Bijlagen 21 'Analysedocument indicatie van het gebruik' en 22 'Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmacon'.

Aan de hand van **een IPO bespreekt de psychofarmacacoördinator met de afdelingsverantwoordelijke, de CRA en idealiter de apotheker van de instelling deze info. Tijdens dit overleg evalueer je of het gebruik effectief en efficiënt is**. Na het overleg communiceert het team eventuele voorstellen tot wijziging met de huisarts en worden, waar nodig, aanpassingen in het medicatieschema van de bewoner doorgevoerd.

Ga na waarvoor het antipsychoticum werd opgestart.

- In het woonzorgcentrum: Lees de registraties uit de periode van opstart na in het elektronisch zorgdossier.
- Tijdens een ziekenhuisopname: Informeer bij de huisarts of bij de afdeling van het ziekenhuis waar je bewoner verbleef.
- In de thuissituatie: Informeer bij de huisarts of bij de familie van de bewoner.



Breng de voorgeschiedenis van de bewoner in kaart. Je kan de bewoner zelf bevragen of in gesprek gaan met de familie of een vertegenwoordiger van de bewoner. Wanneer een arts al lange tijd een bewoner opvolgt, kan ook hij relevante informatie leveren.

Ga na of de indicatie voor het gebruik van het antipsychoticum nog steeds aanwezig is. Doe dit in overleg met de afdelingsverantwoordelijke, de arts van de bewoner, de projectcoördinator en eventueel de apotheek van het woonzorgcentrum.



Om na te gaan of het gebruik van het antipsychoticum effectief en efficiënt is, maak je gebruik van het observatieschema in bijlage 16.

Actie 3: Kunnen we het antipsychoticum afbouwen?

Op basis van de analyse uit actie 2 beslis je, samen met de familie in aanwezigheid van de bewoner, de afdelingsverantwoordelijke en de arts om het antipsychoticum al dan niet af te bouwen. Hierbij is het belangrijk de bewoner (indien mogelijk) en familie goed te informeren, motiveren en ondersteunen. Zorg ervoor dat de familie begrijpt waarom je het antipsychoticum afbouwt en hoe de afbouw verloopt.

B. DE BEWONER STELT MOEILIK HANTEERBAAR GEDRAG



Wanneer een bewoner moeilijk hanteerbaar gedrag vertoont, zijn de eerste stappen 'observeer, rapporteer en analyseer' om de oorzaak van het gedrag te onderzoeken en aan te pakken. Dit doe je aan de hand van het observatieschema in bijlage

De focus ligt op preventie van gebruik van antipsychotica bij 'moeilijk hanteerbaar gedrag'. Een niet-farmacologische aanpak is hierbij essentieel (zie Bijlage 18 'Niet-farmacologische alternatieven'). Die heeft als doel om moeilijk hanteerbaar gedrag te voorkomen, of om ervoor te zorgen dat ze minder vaak en minder sterk voorkomen.

De aanpak kan zich richten tot verschillende interventieniveaus:

- Persoonsgerichte interventies
- Omgevingsgerichte interventies (breder inzetbaar dan persoonsgerichte interventies. Ze bereiken vaak meer dan één bewoner)
- Activiteitsgerichte interventies



In Bijlage 18 'Niet-farmacologische alternatieven' vind je concrete tips.

Wanneer het moeilijk hanteerbaar gedrag aanhoudt na toepassing van deze tips, is het aangeraden om verdergaande hulp te zoeken. Ga daarvoor te raden bij een specialist (bijvoorbeeld psychiater, psycholoog, psychotherapeut, ...).

Preventie bij psychose is zeer specifiek en wordt door diverse factoren bepaald. We verwijzen hiervoor naar gespecialiseerde hulpverlening (bijvoorbeeld geriater, neuroloog psycholoog, psychotherapeut, ...).



De info in deze bijlage is niet allesomvattend. De achtergrond bij de richtlijn antipsychotica vat de vaak voorkomende kenmerken van moeilijk hanteerbaar gedrag (BPSD) en psychose bij woonzorgcentrumbewoners samen.

ACHTERGROND BIJ DE RICHTLIJN ANTIPSYCHOTICA

Het probleemgedrag waar antipsychotica voor wordt voorgeschreven kent verschillende onderliggende oorzaken, zoals een psychose of moeilijk hanteerbaar gedrag (BPSD). In deze informatiefiche vind je meer informatie over deze gedragingen. Aan de hand van deze info kan je medewerkers, bewoners en familie informeren over moeilijk hanteerbaar gedrag.

Psychose



BELANGRIJK: Wanneer bij een bewoner sprake is van een psychose, al dan niet samen met symptomen van dementie, **is het ten sterkste af te raden om antipsychotica op eigen initiatief af te bouwen. Raadpleeg steeds een arts** (bij voorkeur een specialist, zoals een psychiater) en bekijk samen de verdere aanpak.

- Houd daarbij in het achterhoofd dat een medicamenteuze aanpak van het probleem enkel noodzakelijk is wanneer de symptomen een lijdensdruk veroorzaken voor de bewoner, of wanneer de bewoner door zijn symptomen een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.

Wat is een psychose? [27]

Een psychose is het gezamenlijk optreden van wanen, hallucinaties en een desorganisatie van het denken of handelen.

Wanneer bij bewoners in het woonzorgcentrum een psychose voorkomt, kan het gaan om ouderen met een gekende psychotische problematiek, of om 'zeer laat-ontstane psychose' (wanneer de psychose slechts een eerste maal optreedt bij personen ouder dan 80 jaar, in de afwezigheid van cognitieve problemen).

Daarnaast is het mogelijk dat een psychose optreedt tijdens het ontwikkelen van dementie. Sommige kenmerken van een psychose, zoals hallucinaties, maken deel uit van een bepaald type dementie (bijvoorbeeld Lewy-Body dementie). Om hierover meer uitsluitsel te krijgen, contacteer je best een arts (bij voorkeur een specialist, zoals een psychiater, geriater of neuroloog).



De lijn tussen verschillende ziektebeelden waarbij een psychose kan optreden is soms zeer dun. Hou hier rekening mee, consulteer bij twijfel steeds de huisarts of psychiater.

Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) (moeilijk hanteerbaar gedrag) [28-30]

Dementie

Dementie is een syndroom ten gevolge van verschillende progressieve aandoeningen, zoals de ziekte van Alzheimer. Dit wordt gekenmerkt door een toenemend verlies van cognitieve en functionele vaardigheden. De bewoner kan hierdoor last hebben van geheugenproblemen, communicatieve beperkingen, tragere verwerkingssnelheid en een verminderd redeneervermogen.

Daarnaast leidt dementie vaak tot gedragswijzigingen die als moeilijk hanteerbaar gedrag gezien of ervaren worden, zoals wanen, hallucinaties, agitatie, agressie, angst, depressieve gevoelens, achterdocht, roepgedrag, euforie, apathie, prikkelbaarheid, doelloos

repetitief gedrag, slaapstoornissen en veranderingen met betrekking tot eetlust en eetgedrag. **Deze symptomen worden gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie genoemd of Behavioural and psychological symptoms of dementia.**

BPSD wordt gezien als een kenmerk van dementie, waarmee zowat elke persoon met dementie ooit wel eens geconfronteerd wordt. Het ontstaan en het verloop van dit moeilijk hanteerbaar gedrag wordt echter ook bepaald door diverse omgevingsgebonden factoren, zoals geluiden in de omgeving, medebewoners, ... BPSD is enerzijds storend voor de oudere zelf

die het gedrag vertoont (de oudere vindt geen rust, waardoor hij dergelijk gedrag stelt), en anderzijds voor de omgeving van de oudere (medebewoners, familie, verzorgend personeel, ...).

Wanneer zijn antipsychotica aangewezen?

Wanneer een bewoner antipsychotica gebruikt omwille van de aanwezigheid van een psychose, herhalen we het eerder gegeven advies: het is in dit geval ten sterkste af te raden om antipsychotica op eigen initiatief af te bouwen. Raadpleeg steeds een arts (bij voorkeur een specialist, zoals een psychiater) om de verdere aanpak te bekijken.

Wanneer sprake is van 'moeilijk hanteerbaar gedrag' bij een bewoner, zijn niet-farmacologische interventies de noodzakelijke eerste stap in de aanpak van dit gedrag (zie Bijlage 18 'Niet-farmacologische activiteiten').



Niet-farmacologische activiteiten hebben als doel om BPSD te voorkomen of om ervoor te zorgen dat ze minder vaak en minder sterk voorkomen. Heb hier dus zeker aandacht voor.

Bijwerkingen van antipsychotica

Een gedragsmatige behandeling krijgt de voorkeur, aangezien het gebruik van antipsychotica bij personen met dementie enkele zeer belangrijke nadelen heeft.

Het gebruik van antipsychotica...

- ...verhoogt het risico op mortaliteit
- ...verslechtert de cognitie
- ...verhoogt het valrisico (en dus verhoogde kans op onder andere heupfracturen)
- ...verhoogt de kans op extrapiramidale verschijnselen (parkinsonisme), CVA, pneumonie, epileptische aanvallen, gewichtstoename, diabetes type 2, ...

Bijkomend zijn ouderen met bepaalde aandoeningen (zoals bijvoorbeeld Lewy Body dementie en de ziekte van Parkinson) overgevoelig aan antipsychotica. **Raadpleeg bij dergelijke ziektebeelden (check hiervoor het elektronisch zorgdossier) altijd een specialist.**

Wanneer is het dan effectief?

Voor je kan overgaan tot afbouwen of opstarten van antipsychotica is het essentieel om na te gaan waar het gedrag vandaan komt (zie Bijlage 16 'Observatieschema antipsychotica'). Het gebruik van antipsychotica bij ouderen met 'moeilijk hanteerbaar gedrag' is enkel effectief en efficiënt wanneer **het probleemgedrag een gevaar betekent voor de bewoner of zijn omgeving en dit gevaar niet ingeperkt kan worden met een niet-farmacologische aanpak (zie informatiefiche niet-farmacologische alternatieven).**



Als er antipsychotica wordt gebruikt?

Evalueer regelmatig de noodzaak van de behandeling (zie Bijlage 16 'Observatieschema antipsychotica') en beperk het gebruik van antipsychotica tot **maximaal drie maanden**. Er is weinig wetenschappelijke evidentie voor het effect van antipsychotica op lange termijn en het mortaliteitsrisico verhoogt significant. **Wanneer er geen verandering in het gedrag is na inname van antipsychotica, is er geen enkele evidentie om het gebruik verder te zetten.** Enkel de neveneffecten blijven dan bestaan. Sommige storende gedragingen verminderen spontaan bij progressie van het ziektebeeld.

BIJLAGE 16

Observatieschema antipsychotica

Voor je kan overgaan tot het afbouwen of opstarten van een psychofarmakon bij moeilijk hanteerbaar gedrag, is het essentieel om na te gaan waar het gedrag vandaan komt.

Hoe ga je te werk?

- **Observeer** het gedrag van de bewoner zowel overdag als 's nachts (bijvoorbeeld twee weken tot een maand).
- **Rapporteer** de symptomen van het gedrag in detail. Dit kan aan de hand van observatieschema's zoals een dagboek, een poster^B, het dossier of een meetinstrument zoals de Neuro-Psychiatric Inventory^C (NPI-Q) die in Vlaanderen gebruikt wordt.
- **Analyseer** de informatie. Ga na wat er achter het gedrag schuilt:
 - Voorgeschiedenis? Heeft de bewoner in het verleden al moeilijk gedrag vertoond, of al medicatie gehad en proberen afbouwen?
 - Is het gedrag te wijten aan persoonlijke factoren?
 - ➔ Onbevredigde behoeftes (honger, dorst, vermoeidheid, ...)
 - ➔ Pijn
 - ➔ Medische problemen
 - ➔ Persoonlijkheid (uiting van frustratie, ...)
 - Of is het te wijten aan omgevingsfactoren?
 - ➔ Fysieke omgeving (lichtinval, omgevingsgeluiden, overweldigende prikkels, ...)
 - ➔ Sociale omgeving van de bewoners?

Deze aanpak wordt in de literatuur de ABC-benadering genoemd:

- **Actie: het gedrag van de bewoner**

Wat doet de bewoner? Hoe lang vertoont de bewoner dit gedrag? In welke omgeving? Voor wie is het een probleem? Wat is de intensiteit? Gebeurt dit vaak?

- **Beweger: de aanleiding(en) of stressfactoren van de actie in kaart brengen**

Wat gebeurt er rondom de zorgvrager? Is er de laatste tijd iets veranderd? Wat gaat om in de bewoner? Komt het gedrag voort uit een vroegere gebeurtenis? Is de aanleiding persoonsgebonden of omgevingsgebonden?

- **Consequenties: de gevolgen van het gedrag**

Door welke acties of reacties neemt het gedrag af? Door welke acties of reacties neemt het gedrag toe? Wat is het gevolg van het gedrag voor de bewoner? Wat doen anderen (bvb. mantelzorgers) bij dergelijk gedrag?



Je kan hiervoor onderstaande tabel gebruiken:

ACTIE	BEWEGER	CONSEQUENTIES

^BVoorbeeld: De Geeltjesmethode (Vlans): <http://werkboek.vilans.nl/editie/teamleren-werkvorm-geeltjesmethode.html>

^Chttp://www.arteveldhogeschool.be/ahsgezondheidszorg/ergotherapie/kronkels/wp-content/uploads/2017/06/140320_Bijlage-6-NPI-NH.pdf

BIJLAGE 17

Richtlijn PIJN

PIJN?

- ➔ Komt het gedrag voort uit pijn? Opstart van pijnmedicatie is de beste eerste stap.

Wanneer ouderen pijn ervaren, heeft dit een grote impact op hun levenskwaliteit. Het kan aan de basis liggen van slaapproblemen, depressieve klachten of moeilijk hanteerbaar gedrag. De opstart van pijnmedicatie kent dan de voorkeur op het gebruik van psychofarmaca. In deze richtlijn vind je meer informatie over pijn en mogelijke oplossingen daarvoor. Aan de hand van deze info kan je medewerkers, bewoners en familie informeren.

ACHTERGROND BIJ DE RICHTLIJN

WAT IS PIJN? [31-32]

Pijn is onaangename sensorische én emotionele ervaring die samenhangt met een effectieve of een mogelijke beschadiging van het lichaam. Door pijnsignalen gaat een reactie ontstaan ter bescherming van het lichaam (bijvoorbeeld rusten).

Er zijn verschillende soorten pijn:

- **Nociceptieve pijn:** Dit gaat over pijn waargenomen in weefsels. De pijn wordt gelokaliseerd op de plaats van de weefselbeschadiging. Dit kan bijvoorbeeld een botbreuk, brandwonde of kneuzing zijn.
- **Neuropatische pijn:** Deze pijn wordt ervaren op het niveau van een zenuw. In tegenstelling tot nociceptieve pijn is de mate van ernst onevenredig met de beschadiging.
- **Viscerale pijn:** Deze pijn situeert zich op het niveau van organen, bijvoorbeeld een blindedarmontsteking. Deze pijn is moeilijker te lokaliseren. Ze wordt vaak benoemd als dof, vaag en ziekmakend.

Acuut of chronisch?

Bij **acute pijn** is er een duidelijke oorzaak en treedt herstel op, zoals bijvoorbeeld wanneer je je enkel verstuikt.

Bij **chronische pijn** is er vaak geen duidelijke beschadiging als oorzaak of de oorspronkelijke beschadiging is niet altijd meer aanwezig. Er treedt ook geen herstel meer op en de pijn blijft aanhouden. Bijvoorbeeld: als een verstuikte enkel na drie maanden nog steeds pijn doet. Bij dergelijke aanhoudende pijn spelen psychologische processen vaak mee een rol.

Pijn is subjectief

Er is een wisselwerking tussen lichaam, emoties en gedachten, waardoor pijn door iedereen anders ervaren wordt en dus subjectief van aard is. Eenzelfde type beschadiging van het lichaam kan bijvoorbeeld bij de ene persoon veel meer pijn uitlokken dan bij de andere.

Chronische pijn kan daarnaast ook leiden tot angst en depressie, maar angst en depressie beïnvloeden op hun beurt de ervaring van pijn.

De copingstijl (dit is hoe we reageren op moeilijke gebeurtenissen) van een persoon zal mee bepalen hoe sterk pijn ervaren wordt. Wanneer men bijvoorbeeld gaat 'catastrofen' (dit is een overmatige negatieve of bedreigende interpretatie geven bij moeilijke gebeurtenissen, waaronder pijn), zal dit leiden tot meer pijn. Onderstaande tabel geeft voorbeelden van enkele pijnversterkende en pijn verminderende factoren in de wisselwerking tussen lichaam, emoties, gedachten en gedrag.

	Pijnversterkende factoren	Pijnverminderende factoren
Lichaam	Uitgebreid letsel, gevoeligheid centraal zenuwstelsel, te veel/ te weinig activiteit	Medicatie, tegenstimulatie (bijvoorbeeld wrijven), aangepast activiteitsniveau
Gevoelens	Depressie, angst, agressie	Ontspanning, positieve emoties, kalmte
Gedachten	Aandacht voor pijn, verveling, negatieve opvattingen over pijn	Afleiding, engagement, positievere opvattingen over pijn
Gedrag	Eenzaamheid, praten over pijn is taboe	Aanwezigheid anderen, praten over pijn



Samenhangend met de interactie tussen lichaam, gevoelens, gedachten en gedrag, is dat wanneer iemand pijn niet meer verbaal kan uitdrukken (bijvoorbeeld wanneer iemand lijdt aan dementie) zijn pijnervaring tot uiting kan komen via gedrag. Hierdoor kan moeilijk hanteerbaar gedrag ontstaan (zoals roepgedrag, uitingen van onrust, ...). Het opstarten van anti-psychotica bij dit type gedrag ten gevolge van pijn is echter ten zeerste af te raden en weinig zinvol. Pijnbehandeling (onder andere met medicatie) heeft de voorkeur en zal op minder schadelijke wijze verbetering kunnen brengen in het moeilijk hanteerbaar gedrag.

HOE KAN JE PIJN METEN? [33]

Het meten van pijn is belangrijk om de pijn te kunnen opvolgen (bijvoorbeeld om te kijken of de pijnervaring verbetert met het geven van pijnmedicatie). Er bestaan diverse schalen om pijn te meten. In wat volgt, wordt een beknopt overzicht gegeven van korte pijnschalen die makkelijk te gebruiken zijn. Dit overzicht is niet volledig, ook andere schalen kunnen gebruikt worden.

Verbale pijnschalen

Deze schalen zijn enkel van toepassing bij bewoners die **nog voldoende kunnen uitdrukken waar en in welke mate men pijn heeft**.

Voorbeelden:

- Visueel analoge schaal (VAS)



- Numerieke schaal voor pijn (NRS)



Non-verbale pijnschalen

Non-verbale pijnschalen zijn vaak van toepassing bij **bewoners met dementie**.

Voorbeelden:

- Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD)

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden (negatieve geluiden)	Geen	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtsuitdrukking	Glimlachend, of nietszeggend (neutraal of ontspannen)	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas	
Lichaamstaal	Ontspannen	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen. Zenuwachtig bewegen.	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	

PAINAD (Warden, Hurley, Volicer, 2001) Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

Naast het gebruik van non-verbale pijnschalen, kan je pijn ook non-verbaal nagaan aan de hand van:

- **Sociaal gedrag**, bijvoorbeeld terugtrekken of plotse agressie
- **Lichaamsbeweging**, bijvoorbeeld meer of minder beweeglijk dan gewoonlijk
- **Gezichtsuitdrukkingen** die wijzen op pijn, onder andere
 - Fronsen
 - Op elkaar geklemde tanden
 - Angstig, bleek gezicht
 - Ogen sluiten/vernauwen
 - Samengeperste lippen of bovenlip omhoog trekken
 - Betraande ogen en/of verdrietige uitdrukking
 - Lege blik

PIJN AANPAKKEN

Naast pijnmedicatie zijn ook niet-farmacologische benaderingen belangrijk bij pijn. Aangezien pijn subjectief is, kan deze ook verminderd worden door bijvoorbeeld afleiding of positief denken te stimuleren. Ouderen met pijn (vooral chronisch) neigen eerder naar weinig beweging. Dit zal echter de pijn vaak net doen toenemen. Activeren waar mogelijk is dus de boodschap.

Wees ook steeds empathisch en weet dat de pijn echt ervaren wordt, ook als er onderliggend vooral psychologische oorzaken lijken te zijn. Onderken dit ook.

BIJLAGE 18

Niet-Farmacologische alternatieven

Ook al worden psychofarmaca vaak onoordeelkundig gebruikt, ze worden nooit opgestart zonder reden. Het onderliggende probleemgedrag (onder andere slaapproblemen, depressieve klachten, moeilijk hanteerbaar gedrag) dient dus ook aangepakt te worden, maar hiervoor hebben niet-farmacologische alternatieven meestal de voorkeur. Deze alternatieven kunnen aan-

gewend worden wanneer psychofarmaca afgebouwd worden (ter 'vervanging' van de pil), maar zijn daarnaast ook een sterk preventief middel (ter 'voorkoming' van de opstart van een pil). Niet-farmacologische alternatieven (onder andere betekenisvolle activiteiten) verhogen immers de levenskwaliteit, met minder probleemgedrag en dus minder nood aan psychofarmaca tot gevolg.

A. ACHTERGROND BIJ NIET-FARMACOLOGISCHE ALTERNATIEVEN

Wat is levenskwaliteit?^D

Levenskwaliteit is een **dynamisch** gegeven, vermits de betekenis van het concept verschilt van persoon tot persoon en kan veranderen doorheen de jaren. Levenskwaliteit wordt gezien als iets dat bestaat uit **verschillende componenten**. Die componenten zijn **interdependent** (wederzijds afhankelijk van mekaar) en **compensatoir** (bij het ontbreken van één factor kan een andere toch zorgen voor voldoende kwaliteit van leven). Anderzijds kan levenskwaliteit ook gezien worden als **één allesomvattend gevoel**, dat uiteraard wél beïnvloed wordt door verschillende factoren.

Hoe ervaren bewoners in een woonzorgcentrum hun levenskwaliteit?

Kwaliteit van leven is een belangrijk concept in de woonzorgcentra (WZC). Soms wordt gesteld dat bewoners een lage levenskwaliteit hebben, soms een gemiddelde tot goede levenskwaliteit. Vlaams onderzoek zoals dat van De Vriendt en collega's tijdens het BAM-project, maar ook dat van Van Malderen en collega's in 2016, sluit eerder aan bij het laatste [4,34,35].

Uit deze Vlaamse studies blijkt dat bewoners een matige tot goede levenskwaliteit ervaren, maar er evenwel ook een minderheid is die heel laag scoort. Ook al is de 'gemiddelde' levenskwaliteit vrij goed, individueel zien we grote verschillen, wat maakt dat we uiteraard nog niet tevreden kunnen zijn en op onze lauweren kunnen rusten in de sector.

Welke factoren bepalen de levenskwaliteit van bewoners in een woonzorgcentrum?

- **Persoonsgebonden factoren:** Het hebben van een depressie, een zwak zelfbeeld en beperkte fysieke mogelijkheden houdt verband met een lagere levenskwaliteit. Ook bewoners met een hoog opleidingsniveau en sociale status hebben een lagere levenskwaliteit. Anderzijds hebben een hoog zelfwaardegevoel, spiritueel welzijn, religie, een bereidheid tot verhuis naar het WZC en een positieve attitude ten aanzien van het WZC een positief verband met een betere levenskwaliteit. Daarnaast houdt levenskwaliteit ook verband met sociale factoren. Een hogere sociale tevredenheid met bevredigende contacten met familie, partner, medebewoners en voldoende emotionele steun correleert met een positieve levenskwaliteit.
- (Materiële) **omgevingsgerelateerde factoren:** Het wonen in een aangename omgeving, goede en lekkere voeding en goede zorg houden verband met de levenskwaliteit in het WZC.
- **Activiteitsgerelateerde factoren:** Bewoners die aan betekenisvolle activiteiten kunnen participeren, die iets zinvols te doen hebben, die toegang hebben tot animatie en therapieën, en de kans hebben om zich buitenshuis te begeven, geven een hogere levenskwaliteit aan. Op lange termijn zou evenwel autonomie de grootste invloed hebben op de levenskwaliteit.

^D De Wereldgezondheidsorganisatie definieerde in 1994 levenskwaliteit als 'de perceptie van een individu op zijn/haar positie in het leven binnen het kader van de cultuur en het waardesysteem waarin ze leven en in relatie met hun eigen doelen, verwachtingen, normen en zorgen'.

In een recente studie in Vlaanderen [4,34] bleken vier factoren bij te dragen aan de levenskwaliteit:

- een **(risico op) depressie** beïnvloedt de levenskwaliteit **negatief**.
- **sociale tevredenheid** werkt **positief**.
- In een **goede gezondheid** verkeren werkt positief.
- Een **hoger opleidingsniveau** beïnvloedt de levenskwaliteit dan weer **negatief**.

Verder kwam ook naar voor dat mobiliteit binnen- en buitenshuis, de tevredenheid met activiteiten in het woonzorgcentrum en de mate waarin bewoners deze activiteiten zelfstandig kunnen uitvoeren een positief verband toonden.



Woorden in het vet = variabelen die in de BAM-studie een significante correlatie aantoonen met levenskwaliteit, Woorden met een * = variabelen die in de BAM-studie weerhouden werden uit de regressie-analyse en dus bijdragen tot levenskwaliteit

Figuur 1: levenskwaliteit in het woonzorgcentrum

Wat is het verband tussen levenskwaliteit en dagelijkse activiteiten?

Dagelijkse activiteiten hebben een positief verband met levenskwaliteit onder bepaalde voorwaarden.

Ze dienen:

- 'betekenis' te hebben voor de bewoner
- vrijwillig gekozen te worden ongeacht de activiteit werkelijk nut heeft of zinvol is
- aan te sluiten bij het levensverhaal van de bewoner en de lokale en culturele achtergrond van de streek van afkomst, zijn/haar waarden
- voldoende uitdaging te bieden

Hoe werkt dit positieve verband?

Activiteiten...

- ...verbeteren het dagelijks functioneren van de bewoner
- ...bevorderen een gevoel van zelfredzaamheid en zelfwaarde
- ...zijn de basis voor een menswaardig bestaan
- ...zorgen ervoor dat de bewoner meer controle en inspraak ervaart in het dagelijkse leven
- ...zijn essentieel voor het identiteitsgevoel

Bij kwetsbare ouderen in de residentiële zorg is het cruciaal om hier extra veel aandacht aan te besteden, aangezien hun vermogen om zichzelf te vermaken op hun eigen unieke wijze moeilijker wordt.

B. HOE KAN JE DE LEVENSKWALITEIT VERBETEREN?

De Betekenisvolle activiteitenmethode (BAM) werd ontwikkeld door de Artevelde hogeschool en een eerste keer getest in het kwaliteitsproject Psychofarmaca van woonzorgcentrum Leiehome.

Later werd de BAM in vijf andere WZC verder onderzocht. Deze persoonsgerichte aanpak deed het gebruik van psychofarmaca (en vooral antidepressiva) dalen, de bewoners waren significant meer tevreden over het WZC; met name de psychosociale aspecten, sociale contacten en de activiteiten. Vooral bewoners met een risico op depressie plukten daar meer vruchten van. In Bijlage 19 'De betekenisvolle activiteiten methode (BAM)' vind je deze methodiek terug.

Naast betekenisvolle activiteiten, zijn er nog diverse andere niet-farmacologische benaderingswijzen die de levenskwaliteit van bewoners kunnen verhogen. Psychologische begeleiding is bijvoorbeeld in het bijzonder bij bewoners met depressie een goede benaderingswijze. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt (en wat de term suggereert), dient zo'n begeleiding niet door een psycholoog te gebeuren. Met de nodige gespreks- en luistervaardigheden en een gezonde dosis empathie kan een verpleegkundige, ergotherapeut, ... deze rol ook opnemen. Zo'n goed gesprek kan immers van

grote betekenis zijn. Bij psychologische begeleiding wordt de onderliggende oorzaak van het probleem vaak niet aangepakt, maar bij veel ouderen is dit ook niet nodig om een positief effect op levenskwaliteit te bekomen. Wanneer de onderliggende oorzaak wel uitgediept wordt, is er meestal sprake van psychotherapie, welke wel enkel door een specialist (bijvoorbeeld psychotherapeut) kan gegeven worden. Een therapeutische benadering die bijvoorbeeld bij ouderen met pijnklachten en/of depressie een positief effect kan hebben op de levenskwaliteit, is de 'Acceptatie en Commitment Therapie (ACT)'. Kort samengevat wordt de oudere bij ACT aangeleerd om ervaringen waarover men niet onmiddellijk controle kan krijgen te aanvaarden en de aandacht te richten op beïnvloedbare zaken. Metaforisch kan dus gesteld worden dat psychologische begeleiding branden blust, daar waar psychotherapie eerder de brandhaard aanpakt.

C. WAT MET BPSD?

Niet-farmacologische interventies hebben als doel om BPSD te voorkomen of om ervoor te zorgen dat het minder vaak en minder sterk voorkomt. Ze kunnen enerzijds gericht zijn op de persoon met dementie zelf (= **persoonsgerichte interventies**), anderzijds op de omgeving van de persoon (= **omgevingsgerichte interventies**) en tenslotte ook op de activiteiten die de persoon uitvoert (= **activiteitsgerichte interventies**). Tot slot is ook psycho-educatie nodig.



TIPS:

- Focus op één symptoom per keer én op die symptomen en factoren die kunnen veranderd en beïnvloed worden.
- Tracht de uitlokkende en versterkende factoren (of bewegers) te vermijden.
- Ga steeds na of gedrag als storend ervaren wordt. Als het gedrag niet storend is voor de bewoner zelf of voor de medebewoner, durf het gedrag dan te laten bestaan.

Informeel en ondersteun familie en collega-zorgverleners

Een goede communicatie is belangrijk:

- Informeer collega-zorgverleners en familie van de bewoner over de oorzaken van BPSD.
- Leg uit op welke manier dit gedrag wordt aangepakt.
- Bied ondersteuning en luister naar hoe zij het gedrag ervaren. Geef hen ruimte om te ventileren. Kader het gedrag, waardoor ze beter kunnen begrijpen waarom de bewoner dit gedrag stelt.
- Toon begrip voor hun reacties, wees waakzaam voor hevige reacties.

Persoonsgerichte interventies

Persoonsgerichte interventies passen in de filosofie van persoonsgerichte en warme zorg, wat als een allesomvattende benadering van BPSD kan gezien worden. Persoonsgerichte interventies dienen ingebed te zijn in de visie en attitude van een WZC en worden door alle disciplines gedragen (zowel zorg, paramedisch, administratief, technisch, onderhoudspersoneel en leidinggevend).

• Zowel verbale als non-verbale communicatie is belangrijk!

Het is belangrijk om de bewoner te leren kennen en een warme relatie met hem/haar aan te gaan. Hierbij spelen je verbale en non-verbale vaardigheden een belangrijke rol:

Heb aandacht en respect voor individualiteit. Speel empathisch in op emoties. Toon begrip, stel gerust. Vermijd overbevragen. Spreek rustig, gebruik korte zinnen. Vermijd discussies en een eisende toon.

• Leer de bewoner goed kennen

Persoonlijke factoren kunnen een trigger zijn voor het gedrag van de bewoner. Leer de bewoner zijn levensgeschiedenis kennen, interesses, vaardigheden, gezondheidsstatus, persoonlijke voorkeuren, waarden en normen, ...

In het protocol van de BAM vind je tools om de bewoner beter te leren kennen (zie Bijlage 19 'Betekenisvolle activiteiten methode').

• Er zijn verschillende strategieën van aanpak mogelijk^E:

- Pijnmanagement
- Sensoriële strategieën: zoals bijvoorbeeld de bril of het hoorapparaat aanpassen
- Validerende aanpak: positieve bekrachtiging
- Operant leren: consequent ethisch negeren van BPSD-kenmerken en belonen van gewenst gedrag.
- Vermijd ten alle tijden fixatie en bewegingsbeperkende maatregelen

Specifiek voor bewoners met dementie werd de plezierige activiteiten methode door Nivel^F ontwikkeld.

^E Een opsomming kan nooit volledig zijn. Toch geeft dit al een goed overzicht van mogelijke strategieën.

^F https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Plezierige-Activiteiten-Methode/PraktijkvoorbeeldenDocumenten/Richtlijnen%20bij%20dementie_depressie_Plezierige-Activiteiten-Methode_mei%202006.pdf

Omgevingsgerichte interventies

BPSD-kenmerken verminderen kan door een zogenaamde 'healing environment' te creëren. Dit is een omgeving die bijdraagt aan het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden van de bewoners, de zorgverleners én de bezoekers van het WZC. Oriëntatie, licht, akoestiek, kleur, geur, herkenbaarheid en veiligheid zijn hierbij van belang. Zorg voor een veilige omgeving.

Mogelijke voorbeelden van omgevingsinterventies zijn:

- Interieuraanpassingen: zachte kleuren, eigen meubilair, fotoboeken of foto's op de kamer ...
- Oriëntatie: uurwerk, kalender, wegwijzer, ...
- Ruimte om te bewegen, maar met voldoende rustplaatsen
- Deuren en liften camoufleren, visuele barrières
- Risicoplaatsen beveiligen
- Goede en voldoende verlichting
- Akoestisch comfort verzorgen, weghalen van storende geluiden
- Aandacht voor invloed van spiegels
- Aandacht voor geluiden; ontspannende muziek, soundscapes, continu & monotoon geluid, herkenbare audiofragmenten gebruiken

Activiteitsgerichte interventies

Betekenisvolle activiteiten verhogen de kwaliteit van leven, de stemming en het gedrag. Studies tonen aan dat ontspanningsactiviteiten een positieve impact hebben als ze aansluiten bij de interesses van de bewoner (zie Bijlage 19 'De betekenisvolle activiteiten methode').

• Activiteiten zorgen voor regelmaat en routine

Maak een vaste en voorspelbare dagplanning op voor de bewoner. Heb aandacht voor activiteit maar ook voor voldoende rust. Bied voldoende begeleiding bij activiteiten. Plan de activiteiten niet als de bewoner vermoeid is. Zorg ervoor dat de activiteiten uitdagend zijn, maar weinig kans tot falen hebben en geen frustratie uitlokken. Vooral van bewegingsactiviteiten is geweten dat ze een zeer gunstig effect hebben. Kies ze in functie van de bewoner en zorg dat ze betekenisvol zijn.

• Voorbeelden van activiteitsgerichte interventies:

- Muziektherapie
- Snoezelen
- Reminiscentie
- Omgang met huisdieren, knuffels
- Fysieke activiteit: fietsen, dans, bewegingsactiviteiten, wandelen in de natuur
- Aromatherapie

Meer informatie en goede praktijkvoorbeelden over niet-farmacologische interventies bij BPSD kan gevonden worden op: <https://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/Kennisbundel%20Probleemgedrag.pdf>
<https://www.vilans.nl/artikelen/grip-op-probleemgedrag-effectief-bij-ouderen-met-dementie>

BIJLAGE 19

De Betekenisvolle Activiteiten Methode (BAM)

Visie

De Betekenisvolle Activiteiten Methode – kortweg BAM genoemd – is een **gevisualiseerde aanpak** om stap-voor-stap betekenisvolle activiteiten samen met de bewoners van een woonzorgcentrum te realiseren. Dit kunnen allerhande activiteiten zijn: zowel individuele activiteiten als groepsactiviteiten, zowel nieuwe activiteiten als bestaande activiteiten. In de BAM **werken zorgverleners en bewoners samen** en leren ze elkaar in een **één-op-één dialoog** en vanuit een **persoonsgerichte benadering** kennen en begrijpen. De bewoners worden **actief betrokken**, terwijl de zorgverleners **een begeleidende, coachende rol** krijgen.

Concreet

De BAM doorloopt **vier fasen** om betekenisvolle activiteiten te realiseren. De fasen hebben als doel om zorgverleners op een gestructureerde, doelgerichte en professionele wijze te laten handelen. Door de fasen stap voor stap te doorlopen, gaan zorgverleners bewuster op zoek naar de betekenis van activiteiten, en neemt het risico af dat er zaken over het hoofd gezien worden. Met andere woorden, met de BAM neemt het risico op 'gelukkige toevalstreffers' af. Het werken in fasen is inzichtelijk, waardoor zorgverleners beter kunnen evalueren en zo nodig hun handelen kunnen verbeteren.

Fasen van de BAM

- ➔ Elkaar leren kennen
- ➔ Doelen bepalen
- ➔ Acties plannen én uitvoeren
- ➔ Evalueren

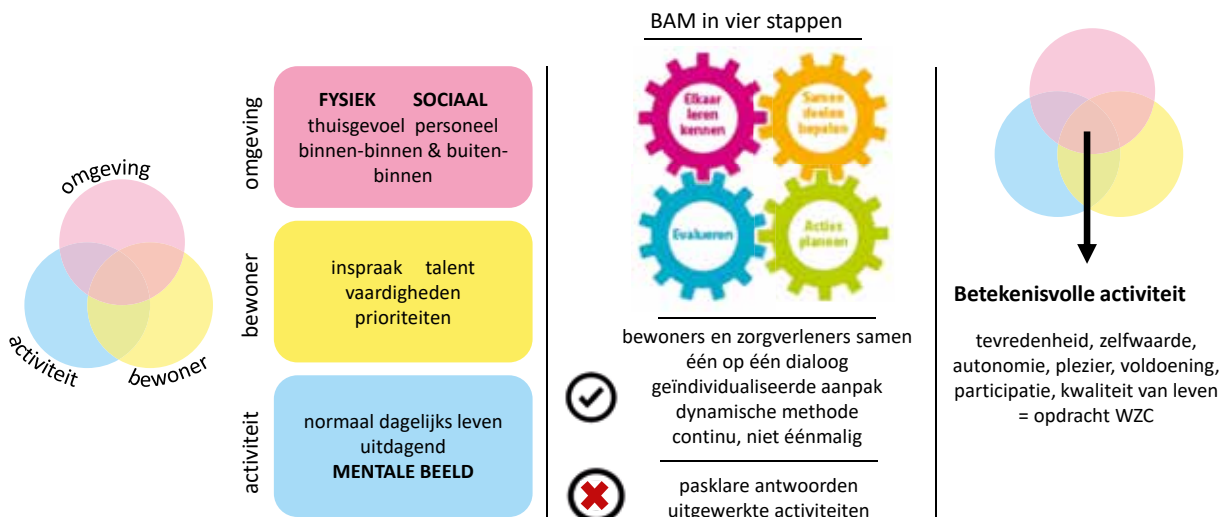
NOOT! Wanneer bijvoorbeeld bij de evaluatie zou blijken dat de activiteit nog niet betekenisvol genoeg is, kan de zorgverlener teruggrijpen naar een voorgaande fase.

Betekenisvolle Activiteiten Methode

✓ Alles is activiteit

✓ Multidisciplinair – het is een zaak van iedereen

✓ Totaalbenadering



Figuur 2: de BAM, de vier fasen in hun context

Welke zijn de essentiële BAM-principes?

- ➔ Het verhaal van de bewoner en vooral zijn 'mentale' beeld van een activiteit staat centraal
- ➔ Om dat te leren kennen, dien je gewoon maar te luisteren
- ➔ Alles is activiteit, het gaat om sfeer en verbondenheid waarvoor een (al dan niet gezamenlijke) activiteit het vehikel is
- ➔ De kracht zit hem in het 'kleine'
- ➔ Normaal doen en zorgen voor een thuisgevoel is essentieel
- ➔ Creativiteit, innovatie en een open mind zijn cruciaal
- ➔ De bam als methode is een kookboek met visie en technieken (en geen pasklare receptenboek)
- ➔ Activiteiten zijn een zaak van iedereen

Aan de hand van **Bijlage 20 'In 20 stappen naar betekenisvolle activiteiten in jouw woonzorgcentrum'** kan je nagaan in welke mate jouw woonzorgcentrum aandacht heeft voor betekenisvolle activiteiten van bewoners.



Wil je aan de slag met de BAM in jouw woonzorgcentrum, dan kan je deze methodiek afzonderlijk aanschaffen. Meer informatie hierover vind je in de folder 'Betekenisvolle Activiteiten Methode', die je kan downloaden op www.vad.be/woonzorgcetra.

Wie alsnog graag concrete activiteiten als voorbeeld heeft, kan hier een aantal websites vinden met inspirerende voorbeelden. Deze voorbeelden kunnen perfect ingepast worden in de BAM:

<https://www.optimumc.be/waaier101ideeen>

<https://www.vlaamse-logos.be/content/zilverwijzer-woonzorgcentra-1>

<https://www.animatiebank.be/>

<https://www.leefplezier.nl/>

<https://www.waarheiddurvenofdoeninwzc.com/>

BIJLAGE 20

In 20 stappen naar betekenisvolle activiteiten in jouw woonzorgcentrum

Hebben wij aandacht voor betekenisvolle activiteiten van bewoners?

Deze vragenlijst brengt in kaart in welke mate jouw woonzorgcentrum erin slaagt om aandacht te hebben voor betekenisvolle activiteiten van bewoners. Antwoorden die je in de groene of gele zone geeft, illustreren aspecten die sterk zijn in jouw woonzorgcentrum. Antwoorden die je in de oranje of rode zone geeft, duiden op werkpunten. Die kan je dan aanpakken met de Betekenisvolle Activiteiten Methode (BAM).

	In sterke mate	Eerder wel	Eerder niet	Helemaal niet
1 In het woonzorgcentrum wordt er op vaste momenten met bewoners gepraat over betekenisvolle activiteiten (vb. tijdens een bewonersraad, bij een opname, ...)				
2 Ook op informele momenten en tijdens de dagelijkse zorg besteedt het personeel aandacht aan het praten met bewoners over betekenisvolle activiteiten.				
3 De activiteiten in het woonzorgcentrum worden afgestemd op de wensen en vragen van de bewoners.				
4 Familie en vrienden van bewoners worden betrokken bij betekenisvolle activiteiten.				
5 Het woon- en leefklimaat van het woonzorgcentrum straalt voor bewoners een huiselijke en gezellige omgeving uit die uitnodigt om activiteiten uit te voeren.				
6 In het woonzorgcentrum worden activiteiten op een persoonlijke en geïndividualiseerde manier aangepakt.				
7 In het woonzorgcentrum werken verschillende disciplines op een adequate en constructieve manier samen met bewoners aan betekenisvolle activiteiten voor bewoners.				
8 Bewoners kunnen betekenisvolle activiteiten van voor de verhuis naar het woonzorgcentrum verder zetten in het woonzorgcentrum.				
9 Het woonzorgcentrum biedt bewoners de mogelijkheid om op eigen houtje betekenisvolle activiteiten te ondernemen.				
10 Het woonzorgcentrum slaagt erin om de buurt en de omgeving te betrekken bij betekenisvolle activiteiten.				

	In sterke mate	Eerder wel	Eerder niet	Helemaal niet
11 In het woonzorgcentrum hebben alle disciplines aandacht voor het achterhalen van betekenisvolle activiteiten voor bewoners.				
12 In het woonzorgcentrum worden gewone, dagelijkse activiteiten (zoals zich wassen, zich aankleden, opmaken, eten, ...) als betekenisvolle activiteiten gezien.				
13 De betekenisvolle activiteiten in het woonzorgcentrum worden methodisch aangepakt.				
14 In het woonzorgcentrum worden betekenisvolle activiteiten geëvalueerd samen met bewoners.				
15 In het woonzorgcentrum kunnen bewoners met gelijkaardige interesses met betrekking tot betekenisvolle activiteiten elkaar ontmoeten.				
16 Om ervoor te zorgen dat bewoners hun betekenisvolle activiteiten autonoom kunnen uitvoeren, worden vaardigheden ingeoeft en/of aangeleerd en worden indien nodig hulpmiddelen aangeboden.				
17 In het woonzorgcentrum trachten medewerkers te achterhalen hoe bewoners zich een bepaalde activiteit voorstellen, m.a.w. ze trachten het mentale beeld van de activiteit van de bewoner te achterhalen.				
18 In het woonzorgcentrum zijn er geen restricties op activiteiten (vb. kast met handwerkspullen is enkel open tijdens de weekdagen, muziekinstrument mag niet bespeeld worden omwille van geluidshinder, ...).				
19 In het woonzorgcentrum is het doel om bewoners zo actief en autonoom mogelijk te laten functioneren in het woonzorgcentrum.				
20 Bevindingen met betrekking tot betekenisvolle activiteiten worden in het bewonersdossier genoteerd.				

BIJLAGE 21

Analysedocument indicatie van het gebruik van een psychofarmacon



Deze bijlage is bedoeld als hulpmiddel bij het multidisciplinair **overleg om de indicatie van het gebruik van een psychofarmacon** (slaap- en kalmeringsmiddel, antidepressivum of antipsychoticum) door een bewoner te analyseren.

Aan de hand van deze vragenlijst kan je het functioneren van de bewoner nagaan alsook de reden voor het gebruik van het psychofarmacon. Hiervoor maak je gebruik van multidisciplinaire registraties over deze bewoner in het elektronisch zorgdossier.

GEGEVENS BEWONER	
Naam:	Datum:
Startdatum psychofarmacon:	Invuller:
Omschrijving van de reden waarvoor het psychofarmacon opgestart werd (indien gekend):	



Is de reden waarvoor het psychofarmacon werd opgestart momenteel nog aanwezig bij de bewoner? Geef voldoende argumenten.



Is de oorspronkelijke reden niet meer aanwezig? Zijn er argumenten om het gebruik van het psychofarmacon te behouden? Zo ja, argumenteer.





Zijn er argumenten om het psychofarmacon te behouden?



Voor wie is het gedrag een probleem?

- ➔ Bewoner zelf:
- ➔ Medebewoners:
- ➔ Mantelzorgers/familie/verwanten:
- ➔ Medewerkers:
- ➔ Overige:

Wanneer ontstaat het probleemgedrag, hoe lang duurt het en waar vindt het plaats?

- | | |
|---|------------------------------|
| ➔ Op een vast tijdstip? | ➔ Hoe lang duurt het? |
| ➔ Is er een aanleiding voor dit gedrag? | ➔ In een bepaalde ruimte? |
| ➔ Bij een bepaald persoon? | ➔ Komt het gedrag vaak voor? |

Hoe functioneert de bewoner normaal gesproken?

- ➔ **Slaap-/waakritme**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Gemoedstoestand (vrolijk, somber, angstig, stil)**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Eten en drinken (Pijn bij eten? Vergeet de persoon te drinken?)**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Sluiten de dagactiviteiten nog aan bij de wensen van de bewoner?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Sociaal contact/interactie met personeel/bewoners**
Is er sinds kort iets gewijzigd?



FYSIEKE FACTOREN

Is er onlangs iets in het medicatiebeleid van de bewoner gewijzigd?

➔ **Zo ja, wat zijn de gekende bijwerkingen van deze medicatie?**

Weigert de bewoner sinds kort medicatie in te nemen?

➔ **Is de bewoner minder actief?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Heeft een bewoner al een allergische reactie gehad op een medicatie?**

➔ **Is er sprake van een epileptische stoornis?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Heeft de bewoner opgezette benen/voeten?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Heeft de bewoner koorts?**

➔ **Kan de bewoner goed zien en/of horen?**

➔ **Is de bewoner benauwd of kortademig na (lichte) inspanning**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Moet de bewoner vaker plassen gedurende de dag of nacht?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Heeft de bewoner dunne ontlasting of heeft bewoner last van obstipatie?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Geeft de bewoner pijn aan of lijkt het of hij/zij pijn heeft? (evt. door tandpijn, middenoorontsteking, hoofdpijn, onopgemerkte kneuzingen of breuken)**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Is er verschil in bewegen, is links of rechts verschil te bemerken?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Gaat het spreken moeilijk?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Heeft de bewoner huidklachten?**

Is dit sinds kort gewijzigd?

➔ **Aanvullende inzichten over de oorzaak van het probleemgedrag ?**

Input van collega/multidisciplinaire team/mantelzorgers ?

BIJLAGE 22

Analysedocument indicatie tot de opstart van een psychofarmacon



Als overwogen wordt om een psychofarmacon (slaap- en kalmeringsmiddel, antidepressivum of antipsychoticum) op te starten, dan kan je met deze bijlage tijdens het multidisciplinair overleg **nagaan wat de mogelijke oorzaak is van het probleemgedrag van de bewoner**.

Je maakt hiervoor gebruik van multidisciplinaire registraties over deze bewoner in het elektronisch zorgdossier.

GEGEVENS BEWONER	
Naam:	Datum:
Startdatum probleemgedrag:	Invuller:
Omschrijving van het gedrag dat ervaren wordt als probleemgedrag:	



Is er sprake van gelijkaardig gedrag in de voorgeschiedenis van de bewoner?
Zo ja, welke aanpak werd toen gehanteerd? Was deze succesvol?





Voor wie is het gedrag een probleem?

- ➔ Bewoner zelf:
- ➔ Medebewoners:
- ➔ Mantelzorgers/familie/verwanten:
- ➔ Medewerkers:
- ➔ Overige:

Wanneer ontstaat het probleemgedrag, hoe lang duurt het en waar vindt het plaats?

- | | |
|---|------------------------------|
| ➔ Op een vast tijdstip? | ➔ Hoe lang duurt het? |
| ➔ Is er een aanleiding voor dit gedrag? | ➔ In een bepaalde ruimte? |
| ➔ Bij een bepaald persoon? | ➔ Komt het gedrag vaak voor? |

Welk screeningsinstrument wordt gebruikt om de onderliggende problematiek in kaart te brengen?

➔

Hoe functioneert de bewoner normaal gesproken?

- ➔ **Slaap-/waakritme**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Gemoedstoestand (vrolijk, somber, angstig, stil)**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Eten en drinken (Pijn bij eten? Vergeet de persoon te drinken?)**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Sluiten de dagactiviteiten nog aan bij de wensen van de bewoner?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
- ➔ **Sociaal contact/interactie met personeel/bewoners**
Is er sinds kort iets gewijzigd?



FYSIEKE FACTOREN

- ➔ **Is er onlangs iets in het medicatiebeleid van de bewoner gewijzigd?**
Weigert de bewoner sinds kort medicatie in te nemen?
 - ➔ **Is de bewoner minder actief?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Heeft een bewoner al een allergische reactie gehad op een medicatie?**
 - ➔ **Is er sprake van een epileptische stoornis?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Heeft de bewoner opgezette benen/voeten?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Heeft de bewoner koorts?**
 - ➔ **Kan de bewoner goed zien en/of horen?**
 - ➔ **Is de bewoner benauwd of kortademig na (lichte) inspanning**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Moet de bewoner vaker plassen gedurende de dag of nacht?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Heeft de bewoner dunne ontlasting of heeft bewoner last van obstipatie?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Geeft de bewoner pijn aan of lijkt het of hij/zij pijn heeft? (evt. door tandpijn, middenoorontsteking, hoofdpijn, onopgemerkte kneuzingen of breuken)**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Is er verschil in bewegen, is links of rechts verschil te bemerken?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Gaat het spreken moeilijk?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
 - ➔ **Heeft de bewoner huidklachten?**
Is dit sinds kort gewijzigd?
-
- ➔ **Aanvullende inzichten over de oorzaak van het probleemgedrag ?**
Input van collega/multidisciplinaire team/mantelzorgers ?

BIJLAGE 23

Handleiding Monitoringtool

Inhoudstafel

Inleiding	131
Hoe ga je aan de slag?	132
Factsheet met het overzicht van alle monitoringelementen	133
TOELICHTING BIJ DE OVERKOEPELENDE MONITORINGCATEGORIE “GENEESMIDDELENGEBRUIK”	134
1. Geneesmiddelen algemeen	134
2. Psychofarmaca	135
TOELICHTING BIJ DE OVERKOEPELENDE MONITORINGCATEGORIE “KLINISCHE UITKOMSTMATEN”	137
1. Valincidenten & hospitalisaties	137
2. Bewonersspecifieke elementen	138
TOELICHTING BIJ DE OVERKOEPELENDE MONITORINGCATEGORIE “INTERDISCIPLINAIR OVERLEG”	139
1. Medisch Farmaceutische Overleg	139
2. Interdisciplinair patiënt overleg	140
INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN	140
1. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Geneesmiddelengebruik”	141
2. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Klinische uitkomstmaten”	141
3. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Interdisciplinair overleg”	142
APPENDIX 1: Overzicht van de betrokken psychofarmaca in dit project	143
APPENDIX 2: Informatie voor de toeleverende apotheker ivm het verkrijgen van de geneesmiddelgegevens	145
1. Software: Farmad - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC	147
2. Software: Greenock - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC	149
3. Software: CareSolutions - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC	149
4. Software: Officinall - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC	150
5. Software: Sabco - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC	150

Inleiding

Deze handleiding geeft een overzicht van alle monitoringelementen die je kan opvolgen in het project “Psychofarmaca in het woonzorgcentrum: samen op weg naar minder”. Deze elementen zijn onderverdeeld in drie overkoepelende categorieën: (1) geneesmiddelengebruik, (2) klinische uitkomstmaten en (3) interdisciplinair overleg. In onderstaande tabel staat aangegeven op welke momenten een meting aanbevolen wordt, en welke elementen je daarbij telkens kan evalueren. Een aantal elementen zijn optioneel, maar kunnen wel een meerwaarde bieden.

Het eerste meetmoment vindt idealiter plaats vóór de kick-off meeting, zodat de gegevens van het eigen

WZC beschikbaar zijn op deze meeting. Hierna zijn tien meetmomenten voorzien, voor elke drie maand vanaf je aan de slag gaat met de acties (Stap 5). De elementen onder de categorie van het geneesmiddelengebruik worden altijd geëvalueerd. De andere twee categorieën (klinische uitkomstmaten en interdisciplinair overleg) worden niet bij elke meting geëvalueerd.

De verwerking van de metingen gebeurt via een ondersteunend Excel-bestand. Je kan het Excel-bestand downloaden via www.vad.be/woonzorgcentra. Als psychofarmacacoördinator beheer je dit bestand. Er staat aangegeven wanneer de toeleverende apotheker of CRA een bijdrage leveren.



Opdat de apotheker op tijd gegevens zou kunnen aanleveren, bezorg je hem Appendix 2 best zo snel mogelijk na opstart van het project. Voor de apotheker een aantal acties uitvoert om de afleverhistoriek van de patiënten op te kunnen volgen, kunnen jullie namelijk niet verder.

Tabel 1: Overzicht van de meetmomenten met betrekking tot het psychofarmacaproject

Timing	Meetmoment	Aanbevolen	Niet	Optioneel
Nulmeting	Startcijfers	Alles, met uitzondering van 1.5, 2.1.4, 2.4.4 van MC 1	-	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 3 Maand	Meting 1	MC 1 muv 1.5, 2.1.4, 2.4.4	MC 2 en 3	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 6 Maand	Meting 2	Alles, met uitzondering van 1.5, 2.1.4, 2.4.4 van MC 1	-	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 9 Maand	Meting 3	MC 1 muv 1.5, 2.1.4, 2.4.4	MC 2 en 3	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 12 Maand	Meting 4	Alles, met uitzondering van 1.5, 2.1.4, 2.4.4 van MC 1	-	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 15 Maand	Meting 5	MC 1 muv 1.5, 2.1.4, 2.4.4	MC 2 en 3	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 18 Maand	Meting 6	Alles, met uitzondering van 1.5, 2.1.4, 2.4.4 van MC 1	-	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 21 Maand	Meting 7	MC 1 muv 1.5, 2.1.4, 2.4.4	MC 2 en 3	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 24 Maand	Meting 8	Alles, met uitzondering van 1.5, 2.1.4, 2.4.4 van MC 1	-	MC 1: 1.5, 2.1.4, 2.4.4
Stap 5 + 30 Maand	Meting 9	-	-	Alles
Stap 5 + 36 Maand	Meting 10	-	-	Alles

MC: Monitoringcategorie; muv: Met uitzondering van

Ook na het ontwikkelen en implementeren van een psychofarmacabeleid is het interessant om op regelmatige basis een meting uit te voeren. Het helpt je om de evolutie te zien doorheen de jaren. Het stopt namelijk niet na afloop van het project. Bovendien helpen cijfers van het eigen WZC om de motivatie bij de medewerkers hoog te houden. Daarom is in het Excel-bestand de mogelijkheid voorzien om langer door te gaan met de metingen.

Hoe ga je aan de slag?

- 1 Elke meetmoment start je met het ingeven van een aantal algemene gegevens in het Excel-bestand. Deze gegevens zijn nodig zodat Excel automatisch een aantal berekeningen zou kunnen uitvoeren. Ze omvatten bijvoorbeeld het huidig aantal bewoners of het huidig totaal aantal bezoekende huisartsen.

Waar vind ik...

Het totaal aantal bewoners en/of het totaal aantal bezoekende huisartsen kan je bekomen via de software die je WZC gebruikt. Als je niet weet hoe dit in de software van jouw WZC werkt, kan je dit vragen aan de verantwoordelijke voor het elektronisch zorgdossier, de kwaliteitscoördinator, het hoofd van de zorgverlening of een andere stafmedewerker/hoofdverpleegkundige. Als ook zij je niet kunnen helpen, kan je hiervoor de helpdesk van het softwarehuis contacteren.

Voorbeeld: in het programma CareSolutions® kan je via het woonzorgdossier (WZD – Groene huisje) klikken op de knop 'Lijsten' (F7). Klik vervolgens in het menu dat opent op 'Bewonerslijst' (F3) of 'Lijst dokters/paramedici'. Voor het bekomen van de artsenlijst moet je in het scherm dat opent de kolom 'dokter' slepen naar het vak waarin staat 'Sleep een kolom hierheen om te groeperen'. De gegevenslijst zal nu het aantal dokters tonen die bewoners van het WZC behandelen.

- 2 Helemaal bovenaan in het tabblad 'INPUT' van het Excel-bestand vind je terug welke gegevens je moet verzamelen en invullen. Vul de gegevens in in de daartoe voorziene **groene** cellen.
- 3 Bekijk welke elementen je op dit meetmoment dient te evalueren. Dit kan op twee manieren:
 - o Je bekijkt **Tabel 1** (zie pagina 131) waar voor elk meetmoment staat welke elementen je best evalueert.
 - o Je kan ook in het Excel-bestand herkennen welke informatie je op dit meetmoment moet invullen. Deze cellen zijn **groen** ingekleurd. Wanneer de cel **rood** ingekleurd is, betekent dit dat het niet noodzakelijk is deze elementen op dit meetmoment te evalueren. Het evalueren van sommige elementen is niet essentieel voor de opvolging van het project, maar kan bijvoorbeeld een grote hulp zijn in het bepalen van doelstellingen in Stap 3. Je kan bijvoorbeeld patiënten primair selecteren als onderwerp voor een Interdisciplinair Patiënt Overleg (IPO).
- 4 Hoe je vervolgens elk individueel monitoringelement evalueert, lichten we toe op de volgende pagina's. Wanneer je de gegevens bekومت, kan je ze registreren in het ondersteunende Excel-bestand. Voor deze registratie open je het tabblad 'INPUT' in Excel en typ of plak je de cijfers over in de daartoe voorziene cellen. De berekeningen en de grafische voorstellingen gebeuren automatisch. Ze worden uitgevoerd in de geel ingekleurde cellen. Hierdoor zijn ze verder geblokkeerd. De grafische voorstellingen vind je terug in de andere tabbladen.
- 5 Wanneer je klaar bent met het ingeven van de cijfers in het ondersteunend Excel-bestand, kan je de automatisch gegenereerde grafieken exporteren. Deze ondersteunen je in de verschillende stappen. Zoals bijvoorbeeld het informeren en motiveren van de medewerkers, bewoners, enzovoort, en het bepalen van prioriteiten en doelstellingen.



GDPR?!

Opdat het verwerken van de gegevens binnen deze monitoringtool conform de Europese privacywetgeving (GDPR) zou zijn, moet je vanuit het WZC toestemming vragen aan de bewoners (of hun vertegenwoordigers) om statistische verwerking van hun persoonsgegevens te mogen doen. Deze toestemming heb je ook nodig om de verwerking van bewonersgegevens voor de Vlaamse kwaliteitsindicatoren te kunnen doen. Normaalgezien zou deze vraag dus al opgenomen moeten zijn in de toestemmingsformulieren die bewoners ondertekend hebben (bijvoorbeeld bij opname), maar kijk dit zeker nog eens goed na. Je kan hiervoor ook steeds bij de DPO van jouw organisatie langsgaan.



Factsheet met het overzicht van alle monitoringelementen.

Monitoringcategorie “Geneesmiddelengebruik”

1. Geneesmiddelen algemeen

- 1.1. Gemiddeld aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen per bewoner
- 1.2. Percentage bewoners met 0 tot en met 4 verschillende soorten chronische geneesmiddelen
- 1.3. Percentage bewoners met 5 tot en met 9 verschillende soorten chronische geneesmiddelen
- 1.4. Percentage bewoners met 10 of meer verschillende soorten chronische geneesmiddelen
- 1.5. Aanwezigheid van mogelijke Geneesmiddel Gebonden Problemen

2. Psychofarmaca

- 2.1. Algemeen
 - 2.1.1. Gemiddeld aantal psychofarmaca per bewoner
 - 2.1.2. Gemiddelde psychofarmacon dosis
 - 2.1.3. Het percentage bewoners met minstens 1 psychofarmacon
 - 2.1.4. Het percentage bewoners met 2 of meer psychofarmaca
 - 2.1.5. Het percentage bewoners met een nieuw psychofarmacon in de 3 maanden voorafgaand aan de meting
 - 2.1.6. Het percentage bewoners met minstens 1 psychofarmacon ingegeven als ‘als nodig’/‘staande order’
- 2.2. Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen
 - 2.2.1. Het percentage bewoners met minstens 1 slaap- en kalmeringsmiddel
 - 2.2.2. Het percentage bewoners met 2 of meer slaap- en kalmeringsmiddelen
 - 2.2.3. Gemiddelde dosis van de slaap- en kalmeringsmiddelen
- 2.3. Gebruik van antidepressiva
 - 2.3.1. Het percentage bewoners met minstens 1 antidepressivum
 - 2.3.2. Het percentage bewoners met 2 of meer antidepressiva
 - 2.3.3. Gemiddelde antidepressivum dosis
- 2.4. Gebruik van antipsychotica
 - 2.4.1. Het percentage bewoners met minstens 1 antipsychoticum
 - 2.4.2. Het percentage bewoners met 2 of meer antipsychotica
 - 2.4.3. Gemiddelde antipsychoticum dosis
 - 2.4.4. Het percentage bewoners met een cognitieve beperking dat op zijn minst 1 antipsychoticum voor langer dan 1 maand gebruikt (ten opzichte van alle bewoners met verminderde cognitie (D-categorie))

Monitoringcategorie “Klinische uitkomstmaten”

1. Valincidenten & hospitalisaties

- 1.1. Het percentage bewoners met minstens 1 valincident in de afgelopen maand
- 1.2. Het percentage bewoners met 2 of meer valincidenten in de afgelopen maand
- 1.3. Het percentage bewoners met minstens 1 hospitalisatie in de 3 maanden voorafgaand aan de meting
- 1.4. Het totaal aantal hospitalisatiedagen in de 3 maanden voorafgaand aan de meting

2. Bewonersspecifieke elementen

- 2.1. Gemiddelde MMSE binnen het WZC
- 2.2. Percentage bewoners met verminderde cognitie (D-categorie)
- 2.3. Percentage bewoners per Katz-categorie binnen het WZC

Monitoringcategorie “Interdisciplinair overleg”

1. Medisch Farmaceutische Overleg

- 1.1. Aantal MFO's georganiseerd in het WZC in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment
- 1.2. Het percentage huisartsen dat deelnam aan een MFO in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment ten opzichte van alle huisartsen met minstens 1 bewoner in het WZC.
- 1.3. Het percentage MFO's in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment waarop minstens 1 verpleegkundige aanwezig is

2. Interdisciplinair patiënt overleg

- 2.1. Het aantal IPO-momenten georganiseerd in het WZC in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment
- 2.2. Het percentage bewoners besproken op de IPO's in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment
- 2.3. Het percentage huisartsen dat deelneemt aan een IPO in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment ten opzichte van alle huisartsen met minstens 1 bewoner in het WZC

Toelichting bij de overkoepelende monitoringcategorie “GENEESMIDDELENGEBRUIK”

Via de monitoringcategorie “Geneesmiddelengebruik” krijg je zicht op het algemeen geneesmiddel- en psychofarmacagebruik in het woonzorgcentrum. Eerst bepaal je de algemene medicatiebelasting. In het onderdeel specifiek gericht op de psychofarmaca, evalueer je zowel het totale gebruik, als het gebruik van specifieke psychofarmacagroepen (i.e. de slaap- en kalmeringsmiddelen, de antidepressiva & de anti-psychotica). Een lijst van alle geneesmiddelen die mee geëvalueerd worden in dit project kan je terugvinden in **APPENDIX 1**.

Op basis van de analyse van de monitoringcategorie “Geneesmiddelengebruik” kan je prioriteiten bepalen, effecten opvolgen en acties bijsturen waar nodig. De gegevens die nodig zijn voor deze analyse worden door de toeleverende apotheker bezorgd. Hiervoor moet je wel een kopie van **APPENDIX 2** aan de toeleverende apotheker bezorgen zodat hij/zij weet hoe hij dit praktisch moet aanpakken.



Zijn de stand orders opgekuist?

Vooraleer je de apotheker de opdracht geeft de startcijfers op te vragen, is het belangrijk na te gaan of alle **stand orders opgekuist zijn** (zie Stap 2 Opdracht 1). Een hoog aantal stand orders geeft immers een vertekend beeld van het psychofarmacagebruik in het woonzorgcentrum. Hou zeker bij welke patiënten na afloop nog een psychofarmakon in hun stand order lijst staan hebben. Deze informatie heb je later nog nodig en bespaart je dubbel werk!



Hoe registreer je dit?

- Je ontvangt bijna al deze cijfers van de toeleverende apotheker
- Registreer al deze cijfers in het ondersteunende Excel-bestand zoals aangegeven onder ‘Hoe ga je aan de slag – Punt 4’.

1. Geneesmiddelen algemeen

1.1. Gemiddeld aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen per bewoner

1.2. Percentage bewoners met 0 tot en met 4 verschillende soorten chronische geneesmiddelen

1.3. Percentage bewoners met 5 tot en met 9 verschillende soorten chronische geneesmiddelen

1.4. Percentage bewoners met 10 of meer verschillende soorten chronische geneesmiddelen

1.5. Optioneel: Aanwezigheid van mogelijke Geneesmiddel Gebonden Problemen

Mogelijke Geneesmiddelen Gebonden Problemen (mGGPs) zijn alle situaties die effectief of mogelijks interfereren met de verwachte gezondheidsuitkomsten voor de patiënt. Dit kan gaan over onoordeelkundig **voorschrijven** (vb. interacties, te langdurige behandeling...), onoordeelkundig **afleveren** (vb. te weinig informatievoorziening) of onoordeelkundige **opvolging** (vb. zijn de therapeutische doelen bereikt). In België bestaat hiervoor de GheOP³S-tool. Dit is een expliciete lijst van items die mGGPs opspoor⁹. Een evaluatie van de aanwezigheid van mGGPs bij de bewoners van je WZC is niet essentieel, maar kan een hulp zijn bij het bepalen van doelen. De meeste apothekers hebben al ervaring met het uitvoeren van een dergelijke analyse. Je kan dit dus zeker met hem of haar bespreken. Daarnaast kan de analyse ook uitgevoerd worden door iedereen die beschikt over een volledig overzicht van het medicatiegebruik van de bewoner en enige ervaring heeft met medicatienazicht.



Hoe registreer je dit?

- De resultaten van een GheOP³S-analyse hoeft jij als psychofarmacacoördinator niet te registreren. Als het psychofarmacateam of de directie van mening is dat een GheOP³S-analyse nuttig zou zijn en de toeleverende apotheker hiervoor open staat, dan kan hij/zij hiermee aan de slag. De toeleverende apotheker zal dan zelf een samenvatting van zijn bevindingen maken en deze presenteren tijdens een MFO.

⁹ Te raadplegen via: <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>

2. Psychofarmaca

Bij de evaluatie van het psychofarmacagebruik kijk je eerst naar het psychofarmacagebruik als geheel. Vervolgens wordt een analyse van de specifieke groepen gemaakt (slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica). Zo kan je duidelijk

zien bij welke psychofarmacagroep de hoogste nood ligt en waar je dus ook de meeste winst kan halen. Dit bepaalt mee welke acties er eerst uitgevoerd worden, welke informatie eerst aan bod komt in MFO's en/of welke ondersteuning het meest nodig is.

2.1. Algemeen

2.1.1. Gemiddeld aantal chronisch gebruikte psychofarmaca per bewoner

2.1.2. Gemiddelde psychofarmacon dosis

2.1.3. Het percentage bewoners met minstens 1 psychofarmacon

2.1.4. Het percentage bewoners met 2 of meer psychofarmaca

2.1.5. Het percentage bewoners met een nieuw psychofarmacon in de drie maanden voorafgaand aan de meting

2.1.6. Optioneel: Het percentage patiënten met minstens 1 psychofarmacon ingegeven als 'als nodig'/'staande order'

Een evaluatie van het percentage patiënten met minstens 1 psychofarmacon ingegeven als 'als nodig'/'staande order' is niet essentieel, maar kan wel een hulp zijn bij het bepalen van doelen of bij het selecteren van patiënten als het onderwerp van een IPO. Deze evaluatie kan niet door de apotheker gebeuren, aangezien hij geen toegang heeft tot deze gegevens. Als je dit element graag wenst op te volgen, kan je als volgt te werk gaan.



Hoe registreer je dit?

- Je evalueert voor elke bewoner of er een psychofarmacon in de staande order lijst staat. Het is mogelijk een lijst te trekken uit de software van het WZC waarin alle staande orders opgelijst staan. De som van alle bewoners die minstens 1 psychofarmacon in de staande order lijst hebben staan, geef je in in het Excel-bestand.



Je kan deze evaluatie ook al doen op het moment dat de staande orders opgekuist worden (zie Stap 2 Opdracht 1). Dat bespaart dubbel werk!

2.2. Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen

2.2.1. Het percentage bewoners met minstens 1 slaap- en kalmeringsmiddel

2.2.2. Het percentage bewoners met 2 of meer slaap- en kalmeringsmiddelen

2.2.3. Gemiddelde dosis van de slaap- en kalmeringsmiddelen

2.3. Gebruik van antidepressiva

2.3.1. Het percentage bewoners met minstens 1 antidepressivum

2.3.2. Het percentage bewoners met 2 of meer antidepressiva

2.3.3. Gemiddelde antidepressivumdosis

2.4. Gebruik van antipsychotica

2.4.1. Het percentage bewoners met minstens 1 antipsychoticum

2.4.2. Het percentage bewoners met 2 of meer antipsychotica

2.4.3. Gemiddelde antipsychoticumdosis

2.4.4. Optioneel: Het percentage bewoners met een cognitieve beperking dat op zijn minst 1 antipsychoticum voor langer dan 1 maand gebruikt (ten opzichte van alle bewoners met verminderde cognitie (D-categorie))

Deze monitoring is niet essentieel, maar kan wel een hulp zijn bij het bepalen van doelen. Antipsychotica worden in het kader van moeilijk hanteerbaar gedrag bij dementie best zoveel mogelijk gemeden, zelfs als er een psychotische component is. Bij bewoners met dementie bestaat voor alle klassen van antipsychotica een verhoogd risico van cerebrovasculaire accidenten en plots overlijden. Omwille van de ernst van de mogelijke gevolgen, kan het nuttig zijn specifiek op dit item te monitoren. Bovendien kan je ook deze patiënten primair selecteren als het onderwerp van een IPO.



Hoe registreer je dit?

- Je trekt de lijst van de patiënten met een D-categorie. Dit staat verder ook uitgelegd onder element 2.2 van Monitoringcategorie 2 – ‘Klinische Uitkomstmaten’ (zie pagina 138).
- Van al deze patiënten evalueer je of ze een antipsychoticum gebruiken. Het totaal aantal patiënten met verminderde cognitie die ook een antipsychoticum gebruiken, geef je vervolgens in in het Excel-bestand.
- De berekening van het percentage ten opzichte van het totaal aantal bewoners met verminderde cognitie (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.



Weet je niet zeker welke geneesmiddelen allemaal behoren tot de antipsychotica? Bekijk dan Appendix 1. Alle antipsychotica die in België op de markt zijn, staan aangeduid met de letters ‘AP’ bij ‘Type’.

Toelichting bij de overkoepelende monitoringcategorie “KLINISCHE UITKOMSTMATEN”

Via de monitoringcategorie “klinische uitkomstmaten” krijg je zicht op een aantal gezondheidsparameters. Hieronder verstaan we valincidenten, hospitalisaties, cognitie en algemeen functioneren. Dit element wordt volledig geëvalueerd op basis van de gegevens uit het elektronisch zorgdossier.

In de software die je WZC gebruikt zit een tool waarmee je rapporten kan genereren. Sommige van deze rapporten, zoals een analyse van de leeftijd of het

geslacht van de bewoners, zitten er standaard in. Voor dit element zijn we geïnteresseerd in valincidenten en hospitalisaties. Valincidenten worden al digitaal geregistreerd in het kader van de Vlaamse kwaliteits-indicatoren. Er zou dus al een systeem voorhanden moeten zijn in het WZC om deze elementen te evalueren. Ook hospitalisaties worden geregistreerd. Afhankelijk van je type software kan je dit terugvinden onder het bewonersluik of het administratieve luik.



Deze elementen worden slechts elke zes maand opgevolgd. Het is namelijk weinig waarschijnlijk op korte termijn sterke effecten te zien.

1. Valincidenten & hospitalisaties

1.1. Het percentage bewoners met minstens 1 valincident in de afgelopen maand

1.2. Het percentage bewoners met 2 of meer valincidenten in de afgelopen maand



Hoe registreer je dit?

- Het totaal aantal bewoners werd eerder al geregistreerd. Je moet daarom enkel het aantal bewoners ingeven voor wie **de afgelopen maand** minstens één valincident geregistreerd werd.
- Eerst geef je het totaal aantal bewoners in voor wie **de afgelopen maand** minstens één valincident geregistreerd werd, in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het Excel-bestand.
- De berekening van het percentage ten opzichte van het totaal aantal bewoners (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.
- Vervolgens vul je het totaal aantal bewoners in voor wie **de afgelopen maand** twee of meerdere valincidenten geregistreerd werden, in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand.
- Ook de berekening van dit percentage ten opzichte van het totaal aantal bewoners (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.

1.3. Het percentage bewoners met minstens 1 hospitalisatie in de 3 maanden voorafgaand aan de meting

1.4. Het totaal aantal hospitalisatiedagen in de 3 maanden voorafgaand aan de meting



Hoe registreer je dit?

- Het totaal aantal bewoners werd eerder al geregistreerd. Je moet daarom enkel het aantal bewoners ingeven dat **in de drie maanden voorafgaand aan de meting** gehospitaliseerd werd.
- Eerst geef je het aantal bewoners met minstens 1 hospitalisatie in de afgelopen 3 maand in, in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand.
- De berekening van het percentage ten opzichte van het totaal aantal bewoners (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.
- Vervolgens geef je het **totale** aantal dagen in, in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand. Hiervoor moet je alle dagen van elke bewoner die in het ziekenhuis werd opgenomen bij elkaar optellen.

2. Bewonersspecifieke elementen

2.1. Optioneel: Gemiddelde MMSE binnen het WZC

MMSE staat voor Mini-Mental State Examination. De korte vragenlijst geeft een beeld van iemands geheugen, taalvermogen en concentratie (cognitieve vaardigheden). De uitslag van de MMSE geeft géén diagnose dementie. Het geeft wel een goede indicatie en geeft aan dat verder onderzoek nodig kan zijn. Het is opportuun om de MMSE vragenlijst op regelmatige basis (minstens 1 keer per jaar) bij elke bewoner van het WZC af te nemen. Als dit nog niet gebeurt, is het uitrollen van dit project het ideale moment om dit aan te kaarten bij de beleidsverantwoordelijken. Bespreek dit daarom zeker met het psychofarmacateam en met de behandelende artsen.



Hoe registreer je dit?

- De MMSE score wordt normaal voor elke patiënt al opgevolgd. Trek een lijst uit de software van het woonzorgcentrum om de gemiddelde score te bepalen.
- De gemiddelde MMSE-score geef je in, in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand.

2.2. Percentage bewoners met verminderde cognitie (D-categorie in Katz-categorieën)

2.3. Percentage bewoners per Katz-categorie binnen het WZC

De Katz-schaal stelt je in staat om een algemeen beeld te krijgen over de afhankelijkheidsgraad van de bewoners. De Katz-schaal evalueert de capaciteiten in 6 domeinen van het dagelijks leven waaronder (1) zich wassen, (2) zich kleden, (3) transfer en verplaatsingen, (4) toiletbezoek, (5) continëntie en (6) eten. Op basis van de gegevens worden de patiënten ingedeeld in een bepaalde categorie. De categorieën die kunnen voorkomen zijn categorie O, A, B, Bd, C en Cd.



Hoe registreer je dit?

- In de software die je WZC gebruikt zit een tool waarmee je rapporten kan genereren. Een rapport met een overzicht van hoeveel bewoners tot elke categorie behoren, zit hier zeker in.
- Hieronder staat een voorbeeld vanuit het programma CareSolutions®.
 - Open het woonzorgdossier van CareSolutions (Groene huisje) en klik in het startscherf op 'Lijsten' (F7).
 - Selecteer vervolgens links 'Zorgtechnisch' en klik vervolgens op 'Katz-scores'
 - In het rapport dat zich dan opent, moet je onder 'Lijst' de optie 'Lijst met score' aanvinken. Om vervolgens een overzicht te bekomen van het aantal bewoners per KATZ-categorie, sleep je de kolom 'categorie' naar het vak 'sleep een kolom hierheen om te groeperen'. Je krijgt dan automatisch de som van het aantal bewoners per categorie.
- Na het uitvoeren van dit rapport krijg je een overzicht van hoeveel bewoners van elke categorie zich in je woonzorgcentrum bevinden.
- Eerst registreer je enkel het totaal aantal bewoners dat een D-categorie toegekend kreeg. Dit is dus de som van het aantal patiënten in categorie Bd en categorie Cd.
- Vervolgens geef je voor elke categorie (A, B, Bd, C en Cd) het aantal bewoners in dat tot deze categorie behoort.
- Het totaal aantal bewoners werd eerder al geregistreerd. Daarom gebeurt de berekening van de percentages ten opzichte van het totaal aantal bewoners (zie hoger) automatisch en verschijnt die telkens in de volgende celrijen.

Toelichting bij de overkoepelende monitoringcategorie “INTERDISCIPLINAIR OVERLEG”

Binnen het interdisciplinair overleg onderscheiden we het Medisch Farmaceutische Overleg (MFO) en het Interdisciplinair Patiënt Overleg (IPO).

Het MFO is het overleg op het niveau van het WZC met alle betrokkenen die instaan voor de zorg van de patiënt. Dit omvat onder andere de CRA, de toeleverende apotheker(s), de bezoekende huisartsen, de verpleegkundigen, ander verzorgend personeel, enzovoort. Het doel bestaat uit het maken van afspraken of het verkrijgen van een consensus over specifieke onderwerpen. (Bijvoorbeeld het gebruik van een formularium, voorschrijfsafspraken, oordeelkundig gebruik van bepaalde medicatieklasse(n), ...)

IPO's omvatten het overleg op patiëntniveau tussen de behandelende huisarts, apotheker & verpleegkundige. Het doel van een IPO bestaat eruit het medicatie-

gebruik en -schema van een concrete bewoner te optimaliseren. Aan de hand van een IPO kan je nagaan of het psychofarmacagebruik van een bewoner oordeelkundig is. **Tijdens dit overleg evalueer je of het gebruik effectief en efficiënt is.** Na het overleg communiceert het team eventuele voorstellen tot wijziging met de huisarts en worden, waar nodig, aanpassingen in het medicatieschema van de bewoner doorgevoerd.

Dit element wordt volledig geëvalueerd op basis van de gegevens uit het elektronisch zorgdossier. Alle elementen in deze sectie worden geëvalueerd **op basis van de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment**. Het kan dat je in het WZC nog nooit een MFO of een IPO georganiseerd hebt. In dat geval kan je voor het specifieke meetmoment in de Excel-file de gegevens niet invullen of gewoon het cijfer nul ingeven.

1. Medisch Farmaceutische Overleg

1.1. Aantal MFO's georganiseerd in het WZC in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment



Hoe registreer je dit?

- Je evalueert hoeveel MFO's het WZC georganiseerd heeft in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment. De minimale voorwaarden om van een MFO te spreken, houden in dat minstens één bezoekende huisarts en één toeleverende apotheker aanwezig waren.
- Voor de registratie open je het tabblad 'INPUT' in Excel en registreert het aantal MFO's dat georganiseerd werd in de 3 maand voorafgaand aan het huidige meetmoment in de daartoe voorziene cel. Op het voorbeeld hieronder staat aangeduid waar je deze gegevens invult voor het tweede meetmoment (6 maand na Stap 5).

1.2. Het percentage huisartsen dat deelnam aan een MFO in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment ten opzichte van alle huisartsen met minstens 1 bewoner in het WZC.



Hoe registreer je dit?

- Het totaal aantal bezoekende huisartsen werd eerder al geregistreerd (zie pagina 132). Om dit element te monitoren moet je enkel het aantal huisartsen ingeven dat de laatste drie maanden deelgenomen heeft aan minstens één MFO. Dit aantal wordt ingegeven in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand. De verhouding ten opzichte van het totaal aantal bezoekende huisartsen gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.

1.3. Het percentage MFO's in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment waarop minstens 1 verpleegkundige aanwezig is



Hoe registreer je dit?

- Je moet enkel het aantal MFO's nagaan waarop minstens één verpleegkundige aanwezig was. Dit aantal wordt ingegeven in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand. De verhouding ten opzichte van het totaal aantal georganiseerde MFO's (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.

2. Interdisciplinair Patiënt Overleg

2.1. Het aantal IPO-momenten georganiseerd in het WZC in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment



Hoe registreer je dit?

- Je evalueert hoe vaak het WZC een IPO-moment georganiseerd heeft in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment. De minimale voorwaarden om van een IPO te spreken, houden in dat minstens één bezoekende huisarts, één toeleverende apotheker en één verpleegkundige aanwezig waren.
- Vervolgens registreer je hoeveel bewoners op een IPO besproken geweest zijn.
- Voor de registratie open je het tabblad 'INPUT' in Excel en registreert het aantal IPO momenten dat georganiseerd werd in de 3 maand voorafgaand aan het huidige meetmoment, in de daartoe voorziene cel.

2.2. Het percentage bewoners besproken op de IPO's in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment



Hoe registreer je dit?

- Het totaal aantal bewoners werd eerder al geregistreerd. Je moet daarom enkel het aantal bewoners ingeven dat de laatste drie maanden het onderwerp was van een IPO. Dit aantal wordt ingegeven in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand. De verhouding ten opzichte van het totaal aantal bewoners (zie hoger) gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.

2.3. Het percentage huisartsen dat deelneemt aan een IPO in de 3 maanden voorafgaand aan het meetmoment ten opzichte van alle huisartsen met minstens 1 bewoner in het WZC



Hoe registreer je dit?

- Het totaal aantal bezoekende huisartsen werd eerder al geregistreerd. Je moet daarom enkel het aantal huisartsen ingeven dat de laatste drie maanden deelgenomen heeft aan minstens één IPO. Dit aantal wordt ingegeven in de daartoe voorziene cel in het tabblad 'INPUT' van het ondersteunend Excel-bestand. De verhouding ten opzichte van het totaal aantal bezoekende huisartsen gebeurt automatisch en verschijnt in de volgende celrij.

INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

Nadat alle resultaten ingegeven zijn, kan je deze gaan interpreteren. Hiervoor kan je de grafieken gebruiken die in het ondersteunende Excel-bestand automatisch aangemaakt zijn. Je vindt er zeven terug

- **GRAF – GM alg:** Deze grafiek is een visuele weergave van het algemeen geneesmiddelengebruik binnen het woonzorgcentrum.
- **GRAF – Psych alg:** Deze grafiek is een visuele weergave van het algemeen psychofarmaceutisch gebruik binnen het woonzorgcentrum.
- **GRAF – Psych detail:** Deze grafiek is een visuele weergave van het psychofarmaceutisch gebruik binnen het woonzorgcentrum, opgesplitst per groep.
- **GRAF – Val & Hosp:** Deze grafiek is een visuele weergave van de valincidenten en hospitalisaties binnen het woonzorgcentrum.
- **GRAF – Kliniek:** Deze grafiek is een visuele weergave van het MMSE- en Katz-profiel binnen het woonzorgcentrum.
- **GRAF – MFO:** Deze grafiek is een visuele weergave van de evolutie van het Medisch Farmaceutisch Overleg binnen het woonzorgcentrum
- **GRAF – IPO:** Deze grafiek is een visuele weergave van de evolutie van het Interdisciplinair Patiënt Overleg binnen het woonzorgcentrum

Onderstaande vragen en bedenkingen helpen je op weg om met een frisse en alomvattende blik naar deze resultaten te kijken. Vul gerust aan met bijkomende inzichten en opmerkingen die niet in de lijst opgenomen zijn. Bespreek deze resultaten ook samen met andere leden uit het psychofarmacateam.

1. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Geneesmiddelengebruik”

1.1. Wat is het streefcijfer voor algemeen geneesmiddelgebruik en psychofarmacagebruik?

Hou er rekening mee dat het streefcijfer voor geneesmiddelen in het algemeen en psychofarmaca specifiek niet noodzakelijk nul bedraagt. In sommige situaties zijn psychofarmaca wel degelijk geïndiceerd. De cijfers zullen dan ook sterk afhankelijk zijn van het bewoners- en/of zorgprofiel van het woonzorgcentrum. Dit project heeft enkel tot doel het onoordeelkundig gebruik van psychofarmaca binnen het eigen WZC terug te dringen.

1.2. Wat zeggen deze cijfers?

De cijfers uit deze monitoringcategorie geven de verdeling van de medicatie- en psychofarmacabelasting van de bewoners weer. Deze cijfers zijn jullie interne referentiepunt. Ze kunnen niet gebruikt worden als vergelijking met andere centra. Dit omwille van de diverse samenstelling van bewoners (onder andere zorgprofiel, leeftijd), de lage beschikbaarheid van gegevens voor standaardisatie (privacy), en beleids- en praktijkverschillen tussen voorzieningen.

1.3. Evalueer de onderstaande vragen

- Welke bewoners hebben de hoogste medicatiebelasting? Wat zijn mogelijke verklaringen hiervoor?
- Welke types van psychofarmaca worden het vaakst voorgeschreven?
 - Is het zinvol één van de drie groepen van psychofarmaca prioritair te behandelen?
- Zijn er specifieke moleculen van psychofarmaca die frequent worden voorgeschreven (bijvoorbeeld quetiapine, haloperidol, fluoxetine, ...)?
 - Kan voor deze specifieke moleculen aparte informatie gewenst zijn?
- Welke zijn de afdelingen met hogere medicatiebelasting en wat zijn mogelijke verklaringen hiervoor?
- Welke zijn de afdelingen met meer psychofarmaca en wat zijn mogelijke verklaringen hiervoor?
- Moet naar bepaalde afdelingen speciale aandacht met geïndividualiseerd advies gaan? Waarom wel of waarom niet?
- Is het zinvol bepaalde afdelingen eerst te selecteren voor MFO/IPO?
- Is het mogelijk bepaalde bewoners primair te selecteren voor een IPO?

2. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Klinische uitkomstmaten”

2.1. Waarom is het belangrijk valincidenten op te volgen?

De gevolgen veroorzaakt door valincidenten bij ouderen zijn vaak onherstelbaar. Veel valpartijen worden gelinkt aan het gebruik van medicijnen zoals psychofarmaca. Uit onderzoek kan men besluiten dat het risico op vallen meer dan anderhalf keer zo hoog is bij het gebruik van psychofarmaca (i.e. $RR = 1.7$). De afbouw van psychofarmaca zou dus zeker kunnen leiden tot een verminderd aantal valpartijen. Dit element wordt ook opgevolgd in het kader voor het Vlaams indicatorenproject voor de WZCs.

2.2. Waarom is het belangrijk hospitalisaties op te volgen?

Psychofarmaca zijn geneesmiddelen die vaak leiden tot geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Bij ouderen en bij personen met polyfarmacie (5 of meer chronische geneesmiddelen) is het risico op dergelijke geneesmiddel-gebonden ziekenhuisopnames nog meer verhoogd. Een ziekenhuisopname brengt voor een bewoner onrust mee, gezien de fysieke omgeving wijzigt, ze ander zorgpersoneel rond zich hebben en vaak meerdere onderzoeken op korte tijd moeten ondergaan.



Zie je geen winst in valincidenten of hospitalisaties?

Evalueer dan zeker vanaf wanneer het psychofarmacagebruik gaan dalen is. Als pas één jaar na de start van het project het psychofarmacagebruik beginnen dalen is, kan het zijn dat de weerslag op de klinische uitkomstmaten nog niet plaatsgevonden heeft. Het kan dan interessant zijn na afloop van het project de meting elke 6 maand te blijven uitvoeren. Het Excel-bestand voorziet de mogelijkheid om tot 3 jaar na de start van het project gegevens te verzamelen en te verwerken.

3. Interpretatie bij de monitoringcategorie “Interdisciplinair overleg”



Check op voorhand of je WZC deelgenomen heeft aan de recente COME-ON studie. Dit was een groot onderzoek door het RIZIV waarbij het overleg tussen zorgverleners gestimuleerd werd. Dit kan belangrijk zijn voor de interpretatie van de cijfers binnen deze monitoringcategorie.

3.1. Waarom is het belangrijk de evolutie van medisch farmaceutisch overleg op te volgen?

De organisatie van MFO's op het niveau van het WZC geeft aan in welke mate het WZC een platform voorziet aan zorgverleners om met elkaar in overleg te treden over overkoepelende onderwerpen. Dit kan gaan over algemene informatie met betrekking tot het WZC, farmacotherapeutische richtlijnen (bijvoorbeeld het WZC-formularium), samenwerkingsverbanden, enzovoort. Daarnaast voorziet het ook in de mogelijkheid om afspraken te maken tussen zorgverleners.

3.2. Waarom is het belangrijk de evolutie van interprofessioneel overleg op te volgen?

De organisatie van IPO-momenten geeft aan in welke mate het WZC een platform voorziet voor alle zorgverleners met een therapeutische relatie met één specifieke bewoner, om met elkaar in overleg te treden over deze bewoner. Dit kan gaan over medicatiegebruik, niet-farmacologische behandelingen, bewonersgedrag, opvolging of wensen van de bewoner.

De informatie over deelnemerspercentages (huisartsen en verpleegkundigen) aan zowel MFO's of IPO's kan je al een idee verschaffen over mogelijke impact. Als bijvoorbeeld zeer weinig betrokkenen deelnemen aan de MFO's, is het weinig waarschijnlijk grote veranderingen te zien in het psychofarmacabeleid of voorschrijfgedrag.



Je moet er je van bewust zijn dat er niet gestreefd wordt naar 100% deelname van bezoekende huisartsen. Van een bezoekende arts die slechts 1 bewoner in het WZC behandelt, is deelname niet per se te verwachten.

3.3. Evalueer verder de onderstaande vragen

- Hoeveel zorgverleners namen deel aan de MFO's of IPO's?
 - Wat is de verdeling tussen de verschillende types zorgverleners?
 - Zijn er ook (externe) experts betrokken (bv. psychiater, cardioloog, psycholoog, fysiotherapeut, ...)?
 - Krijgen alle betrokken zorgverleners de kans topics naar voor te brengen (bijvoorbeeld apothekers met bevindingen mGPGs, verpleegkundigen met bewonersgedrag, enzovoort).
 - Is de CRA ook betrokken? Zijn er huisartsen die zich laten vervangen door de CRA?
- Welke topics (of geneesmiddelenklassen) worden het meest besproken?
- Wordt met de gemaakte afspraken/consensus iets gedaan (bijvoorbeeld opgepikt in het IPO)?
 - Worden de gemaakte afspraken geïmplementeerd in het formularium?
- Hoe wordt de consensus/gemaakte afspraken gecommuniceerd naar alle betrokkenen (bijvoorbeeld zorgverleners, maar mogelijk ook bewoners/familie, keukenhulp, ...)?
- Wat is het profiel van de bewoners voor wie Interdisciplinair Patiënt Overleg wordt georganiseerd (bv. enkel voor bewoners die minstens 5 chronische GM per dag nemen, personen met/zonder dementie, ...)
- Zijn er bepaalde overgangsmomenten wanneer er een IPO georganiseerd wordt (bijvoorbeeld na ziekenhuisopname, na overgang naar palliatieve zorgen, ...)
- Wordt er ook tijd besteed aan niet-farmacologische behandelopties?
 - Wordt de bewoner zelf (of zijn/haar mantelzorger) betrokken?
Op welke manier (rechtstreeks, feedbackmoment, ...)?

APPENDIX 1

OVERZICHT VAN DE BETROKKEN PSYCHOFARMACA IN DIT PROJECT

ATC-code	Type	Naam	DDD	DDD Unit
N05AA02	AP	Levomepromazine	100.000	mg
N05AD01	AP	Haloperidol	3.300	mg
N05AD05	AP	Pipamperon	200.000	mg
N05AD06	AP	Broomperidol	10.000	mg
N05AD08	AP	Droperidol	2.500	mg
N05AE03	AP	Sertindol	16.000	mg
N05AF01	AP	Flupentixol	4.000	mg
N05AF05	AP	Zuclopentixol	30.000	mg
N05AG01	AP	Fluspirileen	0.700	mg
N05AG02	AP	Pimozide	4.000	mg
N05AH02	AP	Clozapine	300.000	mg
N05AH03	AP	Olanzapine	10.000	mg
N05AH04	AP	Quetiapine	400.000	mg
N05AH05	AP	Asenapine	20.000	mg
N05AH06	AP	Clotiapine	80.000	mg
N05AL01	AP	Sulpiride	800.000	mg
N05AL03	AP	Tiapride	400.000	mg
N05AL05	AP	Amisulpride	400.000	mg
N05AN01	AP	Lithiumzouten	1200.000	mg
N05AX07	AP	Prothipendyl	240.000	mg
N05AX08	AP	Risperidon	5.000	mg
N05AX12	AP	Aripiprazol	15.000	mg
N05AX13	AP	Paliperidone	6.000	mg
N05BA01	S&K	Diazepam	10.000	mg
N05BA04	S&K	Oxazepam	50.000	mg
N05BA06	S&K	Lorazepam	2.500	mg
N05BA08	S&K	Bromazepam	10.000	mg
N05BA09	S&K	Clobazam	20.000	mg
N05BA11	S&K	Prazepam	30.000	mg
N05BA12	S&K	Alprazolam	1.000	mg
N05BA16	S&K	Nordazepam	15.000	mg
N05BA18	S&K	Ethyl loflazepaat	2.000	mg
N05BA21	S&K	Clotiazepam	10.000	mg
N05BA22	S&K	Cloxacolam	2.000	mg
N05CB01	S&K	Combinaties van barbituraten	1.000	ed
N05CB02	S&K	Barbituraten met andere middelen	1.000	ed
N05CD01	S&K	Flurazepam	30.000	mg
N05CD02	S&K	Nitrazepam	5.000	mg

ATC-code	Type	Naam	DDD	DDD Unit
N05CD03	S&K	Flunitrazepam	1.000	mg
N05CD06	S&K	Lormetazepam	1.000	mg
N05CD08	S&K	Midazolam	15.000	mg
N05CD09	S&K	Brotizolam	0.250	mg
N05CD11	S&K	Loprazolam	1.000	mg
N05CF01	S&K	Zopiclon	7.500	mg
N05CF02	S&K	Zolpidem	10.000	mg
N05CM18	S&K	Dexmedetomidine	1.200	mg
N05CX01	S&K	Meprobamaat, combinatiepreparaten	1200.000	mg
N05CX02	S&K	Methaqualon, combinatiepreparaten	200.000	mg
N06AA02	AD	Imipramine	100.000	mg
N06AA04	AD	Clomipramine	0.100	g
N06AA09	AD	Amitriptyline	75.000	mg
N06AA10	AD	Nortriptyline	75.000	mg
N06AA12	AD	Doxepine	100.000	mg
N06AA14	AD	Melitraceen	75.000	mg
N06AA16	AD	Dosulepine	150.000	mg
N06AB03	AD	Fluoxetine	20.000	mg
N06AB04	AD	Citalopram	20.000	mg
N06AB05	AD	Paroxetine	20.000	mg
N06AB06	AD	Sertraline	50.000	mg
N06AB08	AD	Fluvoxamine	100.000	mg
N06AB10	AD	Escitalopram	10.000	mg
N06AF03	AD	Fenelzine	60.000	mg
N06AG02	AD	Moclobemide	300.000	mg
N06AX03	AD	Mianserine	60.000	mg
N06AX05	AD	Trazodon	300.000	mg
N06AX11	AD	Mirtazapine	30.000	mg
N06AX12	AD	Amfebutamone	300.000	mg
N06AX16	AD	Venlafaxine	100.000	mg
N06AX18	AD	Reboxetine	8.000	mg
N06AX21	AD	Duloxetine	60.000	mg
N06AX22	AD	Agomelatine	25.000	mg
N06CA01	AD	Amitriptyline met psycholeptica	37.500	mg
N06CA02	AD	Melitraceen met psycholeptica	1.000	ed

APPENDIX 2

INFORMATIE VOOR DE TOELEVERENDE APOTHEKER IVM HET VERKRIJGEN VAN DE GENEESMIDDELGEGEVENS

Beste apotheker,

Het WZC waar je aan levert doet mee aan het project “Psychofarmaca in woonzorgcentra: samen op weg naar minder”. Jouw aanspreekpunt binnen het WZC is de psychofarmacacoördinator.

Dit is

Tijdens de ontwikkeling en implementatie van een psychofarmacabeleid wordt onder andere het algemeen geneesmiddelgebruik – en specifiek ook het psychofarmacagebruik – geregistreerd. Dit gebeurt bij aanvang van het project, en vervolgens elke drie maand nadat er effectieve acties ondernomen zijn. Zo krijgt het WZC onmiddellijk feedback of hun strategieën ook werkelijk effect hebben. We zorgden ervoor dat je zelf de geneesmiddelen- en psychofarmaca-aantallen niet hoeft te berekenen. Je krijgt deze informatie door het Farmaflux-platform aangeleverd.



Het is de bedoeling dat Farmaflux alle noodzakelijke aflevergegevens bijhoudt. Bezorg hen daarom **zo snel mogelijk** een lijst met alle INSZ-codes van de huidige bewoners.

Hoe ga je aan de slag?

- Laat je apothekerssoftware een lijst maken van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC dat het project implementeert. In de bijlages vind je alvast een overzicht van de procedure voor de verschillende softwarepakketten. Indien dit alsnog niet lukt, kan deze lijst ook door het WZC zelf aangemaakt worden.
- Je mailt deze lijst door naar psychofarmaca@farmaflux.be samen met volgende gegevens:
 - naam van het WZC
 - RIZIV identificatienummer van het WZC
 - APB nummer apotheek die de aanvraag doet
 - mailadres van de apotheek naar dewelke de resultaten mogen gestuurd worden
- De resultaten verkrijg je via mail. Deze gegevens interpreteer je eerst zelf, waarna je ze doorgeeft aan de psychofarmacacoördinator binnen het WZC.

Waarvoor worden deze cijfers gebruikt?

Deze cijfers geven meer inzicht in het gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum dat je beleeft. Ze zijn een goede stimulans voor de werknemers en bezoekende huisartsen om aan de slag te gaan. Het is niet mogelijk om ze te vergelijken met andere woonzorgcentra, aangezien de cijfers sterk afhankelijk zijn van de zorgbehoefte van de bewoners.

De resultaten van deze algemene geneesmiddel- en psychofarmaca analyse kunnen het onderwerp zijn van een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) in het WZC. Tijdens een dergelijk MFO presenteer jij als toeleverende apotheker de cijfers, samen met een interpretatie. Je geeft vervolgens ook adviezen omtrent de afbouw van specifieke groepen of moleculen als dit opvalt uit de cijfers. Op deze manier wordt jouw ondersteunende rol meer in de verf gezet en wordt je een waardige partner in het geneesmiddelenbeleid.

Je kan ook voorstellen dat specifieke bewoners met een hoog aantal geneesmiddelen of psychofarmaca primair als het onderwerp van een Interdisciplinair Patiënt Overleg (IPO) kunnen dienen. Tijdens een IPO wordt het medicatiegebruik van specifieke bewoners bediscussieerd, rekening houdend met problemen, vragen en doelen die door de bewoner gesteld worden of opmerkingen die vanuit het kernteam gegeven worden. Het kernteam van een IPO bestaat minstens uit de behandelende arts, een (hoofd)verpleegkundige en jij, de apotheker.

Wil je meer achtergrondinformatie over psychofarmaca en hun plaats binnen de farmacotherapeutische richtlijnen? Vraag dan aan de psychofarmacacoördinator om je een lijst te bezorgen van het aanbod aan navormingen dat beschikbaar is. Wil je verder nog ondersteuning? Contacteer dan je lokale beroepsvereniging. Zij zijn op de hoogte van dit project en kunnen je verdere ondersteuning bieden.

Naast de zuivere kwantitatieve meting van het geneesmiddel- en psychofarmacagebruik, kan je ook mogelijke Geneesmiddel Gebonden Problemen (mGGPs) opsporen. Dit zijn alle situaties die effectief of mogelijk interfereren met de verwachte gezondheidsuitkomsten voor de patiënt. Dit kan gaan om onoordeelkundig **voorschrijven** (bijvoorbeeld interacties, te langdurige behandeling), onoordeelkundig **afleveren** (bijvoorbeeld te weinig informatievoorziening) of onoordeelkundige **opvolging** (bijvoorbeeld of de therapeutische doelen bereikt zijn).

Aanwezigheid van mogelijke Geneesmiddel Gebonden Problemen

In België gaat voor het opsporen van mGGPs de voorkeur uit naar een evaluatie met de GheOP³S-tool. Dit is een expliciete lijst van items die mGGPs opspoort¹. Een evaluatie van de aanwezigheid van mGGPs bij de bewoners van het WZC waaraan je levert is niet essentieel, maar kan jouw rol nog verder onderstrepen.

Hoe ga je aan de slag?

- Neem het huidige medicatiegebruik van de patiënt die je wenst te evalueren erbij.
- Neem de GheOP³S-tool¹ erbij.
- Evalueer stap voor stap of de vermelde mGGPs van toepassing zijn op de patiënt.
- Vat de bevindingen samen in een tabel.
- Presenteer je bevindingen op een MFO.



Resultaten als onderdeel van een MFO?

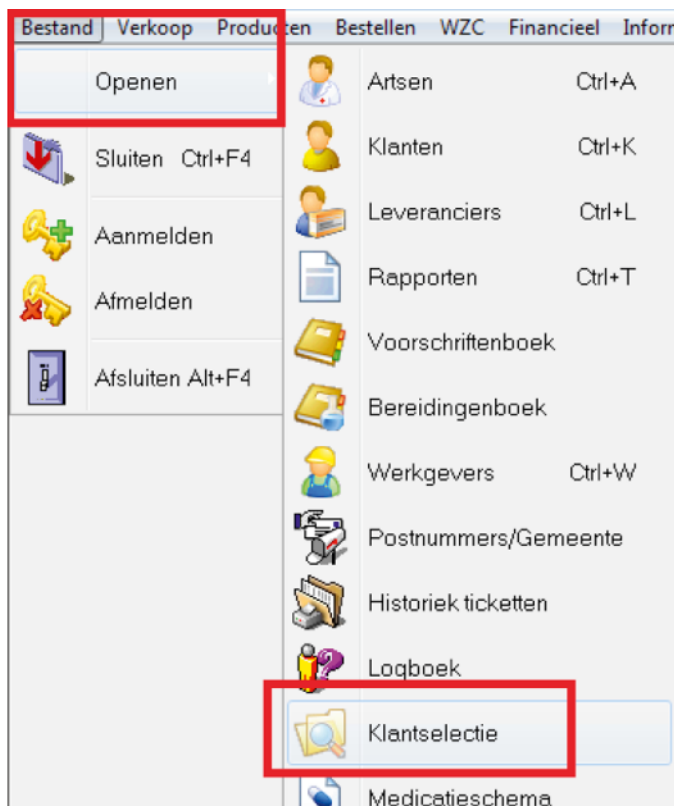
De resultaten van de GheOP³S-analyse kunnen dienen als onderwerp van een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) in het WZC. Op dit MFO wordt besproken welke mGGPs het vaakst vastgesteld werden en hoe deze aangepakt kunnen worden. Vervolgens kan men ook bewoners met een hoog aantal mGGPs primair selecteren als het onderwerp van een Interdisciplinair Patiënt Overleg (IPO). Als je hier als apotheker ondersteuning bij wil, kan je altijd je lokale beroepsvereniging aanspreken.

¹Te raadplegen via: <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>

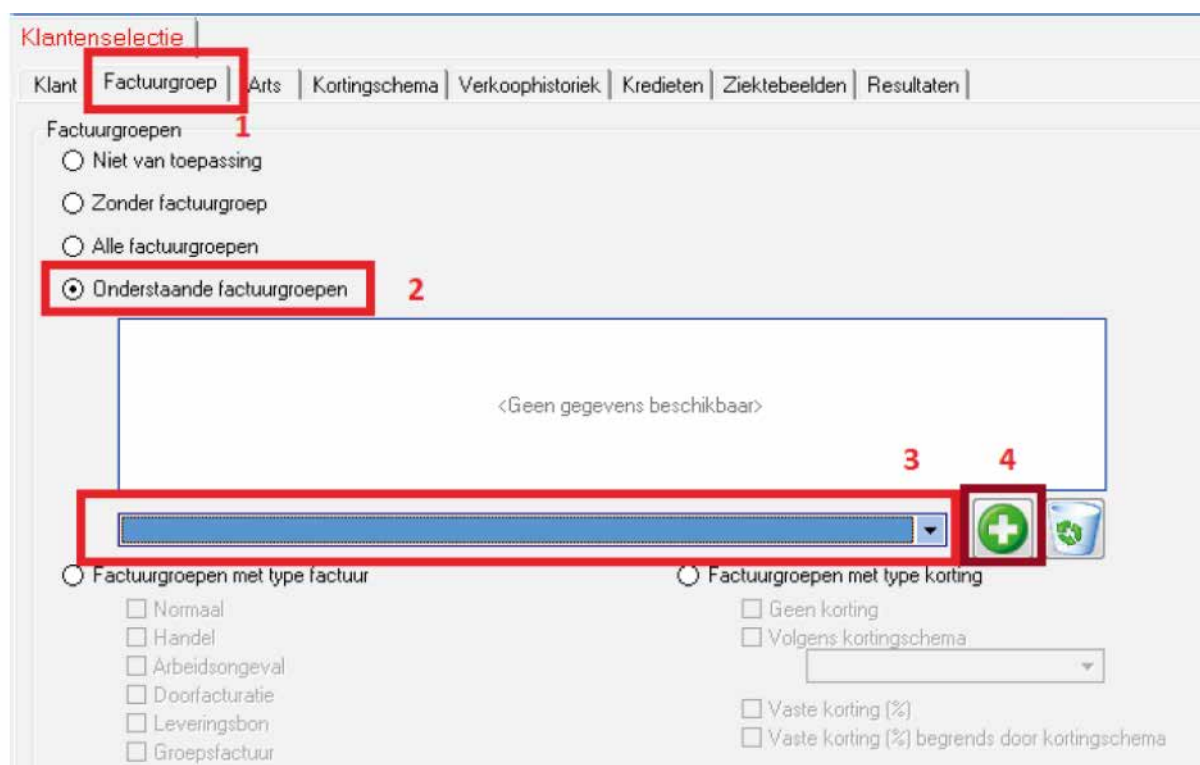
¹Te raadplegen via: <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>

1. Software: Farmad - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC

- Open klanten selectie



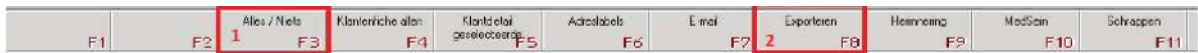
- Selecteer de gewenste factuurgroepen



- Haal de gegevens op ('Selectie uitvoeren')

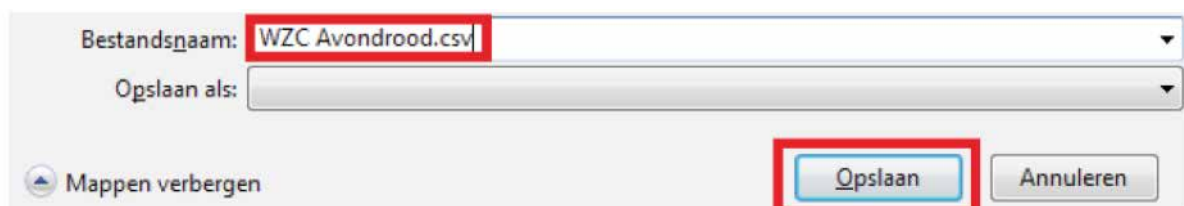
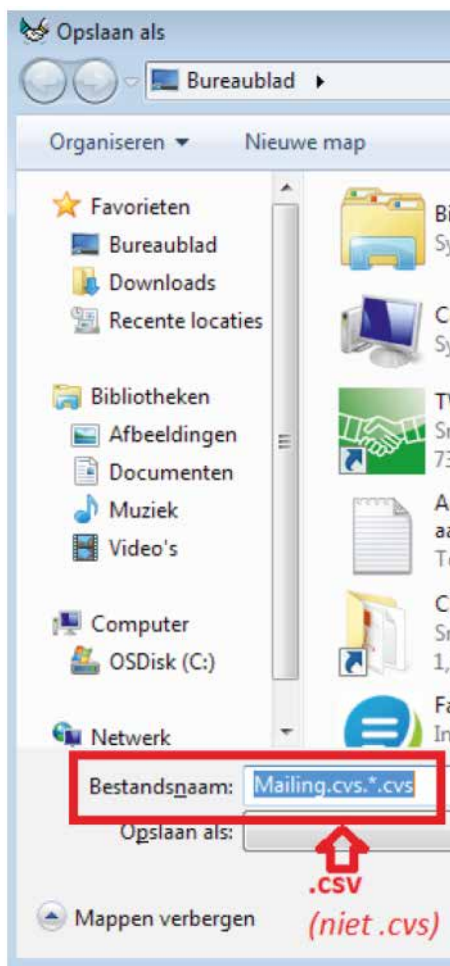


- Selecteer alle klanten en exporteer



- Kies een bestandsnaam en zet er .csv achter

Opmerking: door een bug zal TWIN hier een .csv bestand voorstellen. Dit zal niet werken. Je moet zelf een bestandsnaam kiezen en er .csv achter zetten.



2. Software: Greenock - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC

Hoe INSZ-nummers van WZC-bewoners exporteren? Dit kan je raadplegen via

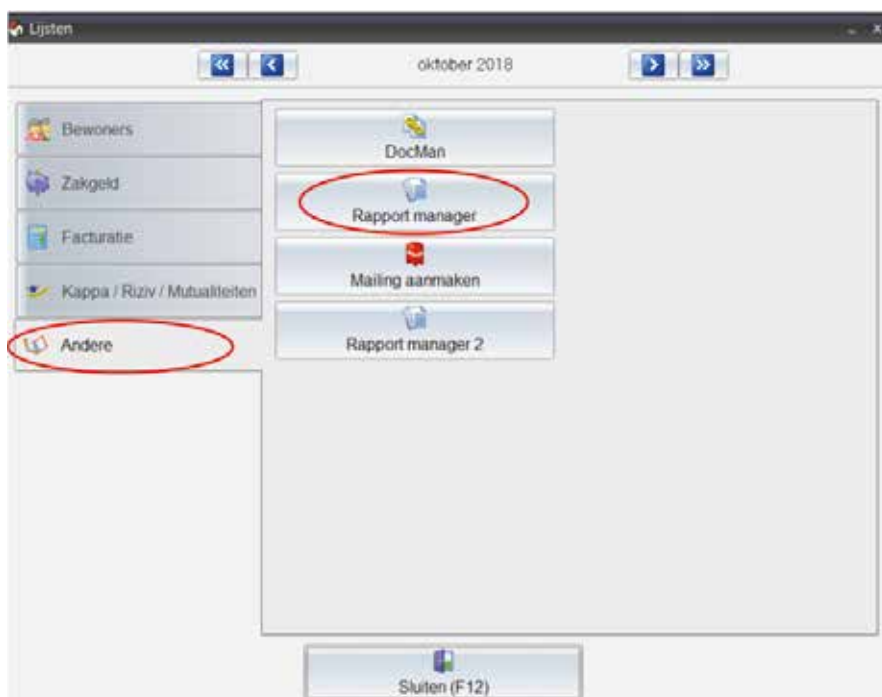
<http://www.mijngreenock.be/documents/extranet/pdf-nl/hoe-insz-nummers-van-wzc-bewoners-exporteren.pdf>

3. Software: CareSolutions - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC

- Open het woonzorgmanagementdossier van CareSolutions (rode huisje) en klik in het startscherm op 'Lijsten' (F7).



- Klik links op 'Andere' en vervolgens in het midden op 'Rapport manager'



- In het scherm dat zich dan opent, kunnen de nodige gegevens van de bewoners geselecteerd worden. Dit doe je door rechts, onder 'Veld', dubbel te klikken op de nodige gegevens, zoals bijvoorbeeld 'Rijksregister bewoner'.
- Van zodra je alle gegevens aangevuld hebt, klik je op het Excel-logo bovenaan, om de informatie als een Excel-bestand op te slaan.

4. Software: Officinall - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC

Het is momenteel mogelijk vanuit de Officinall software een lijst te genereren met de INSZ-codes van de bewoners. Deze extra plug-in moet echter geïnstalleerd worden bovenop het standaardprogramma. Je mag hiervoor contact opnemen met het softwarehuis, met de melding "export INSZ WZC". De helpdesk zal je uitleggen hoe dit in zijn werk gaat.

5. Software: Sabco - Het verkrijgen van een lijst van alle INSZ-codes van de bewoners van het WZC

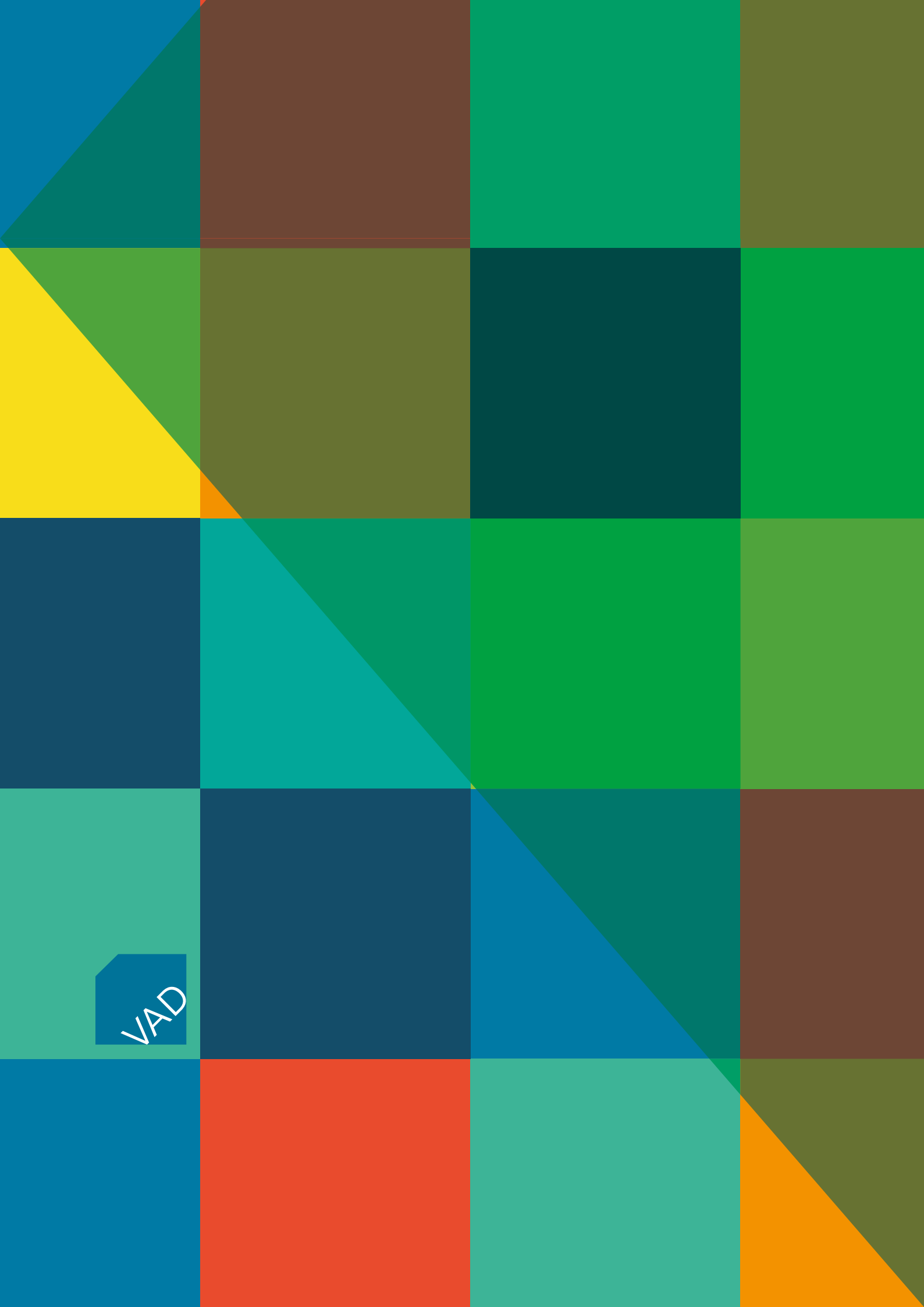
Wij verkregen van Sabco geen advies omtrent het genereren van een lijst met de INSZ-codes van de bewoners van een WZC. We raden aan ofwel hiervoor contact op te nemen met je softwareleverancier, ofwel de data op te vragen via het WZC. Bespreek dit met de psychofarmacacoördinator.



Bibliografie

1. Vander Stichele RH, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 47 A (D/2006/10.273/61)
2. Azermi M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L & Vander Stichele R. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 2011; 26(1): 12-20.
3. Azermi A, Wauters M, De Meester D, et al. A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs innursing homes in Flanders. Acta Clinica Belgica 2017; 72:163-171.
4. De Vriendt P, Cornelis E, Vanbosseghem R, Desmet V & Van de Velde D. Enabling meaningful activities and quality of life in long-term care facilities: The stepwise development of a participatory client-centred approach in Flanders. British Journal of Occupational Therapy 2018. Beschikbaar via: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022618775880>. Geraadpleegd 2018 september 3.
5. Peeters L, Petrovic M, Azermi M, De Vriendt P, Elseviers M & De Meester D. Samen op weg naar minder: een kwaliteitsverbeteringsproject over het gebruik van psychofarmaca in een woonzorgcentrum in Vlaanderen. Tijdschrift voor Geneeskunde 2018; 74 (16):1077-1085.
6. Tiisanoja A, Syrjälä AM, Komulainen K, Hartikainen S, Taipale H, Knuuttila M, et al. Sedative load, carious teeth and infection in the periodontium among community-dwelling older people. Gerodontology. 2017; 34(1):13-23.
7. Tiisanoja A, Syrjälä A-M, Komulainen K, Hartikainen S, Taipale H, Knuuttila M, et al. The association of medications with sedative properties with oral health behaviour in community-dwelling older people. Int J Dent Hyg [Internet]. 2017 May 3 [cited 2018 Mar 8]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/idh.12285>
8. Janssens B, Petrovic M, Jacquet W, Schols JMGAGA, Vanobbergen J, De Visschere L. Medication Use and Its Potential Impact on the Oral Health Status of Nursing Home Residents in Flanders (Belgium). J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2017 Sep;18(9):809.e1-809.e8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.003>
9. Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. Arch Oral Biol. 2001;46(5):413-23.
10. PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8571. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen. 6 juli 2011
11. Favaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, et al. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. Adv Nutr. 2016 May 16;7(3):507-22.
12. Balzer KM. Drug-Induced Dysphagia. International Journal of MS Care 2000; 2(1): 40-50.
13. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. MFO pakket valpreventie en medicatie. 2016. Beschikbaar via: <http://www.valpreventie.be/Aanbod/Materialenenactiviteiten.aspx>. Geraadpleegd 2018 augustus 9.
14. Milisen K, Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Boonen S, et al. Valpreventie in woonzorgcentra. Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Leuven: Uitgeverij Acco, 2012.
15. COME-ON studie: Eindrapport – december 2017.
16. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C & Hanlon JT. Prescribing in Elderly People 1: Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? The Lancet 2007; 370:173-84.
17. De Lepeleire J, Ylief M, Buntinx F, Bouckaert F, Steeman E & Van Tichelt K. Omgaan met dementerenden, aanbevelingen vanuit het Qualidem-project. 2007
18. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaappmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen(tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(7):352-61.
19. FOD Volksgezondheid België. Campagne slaap- en kalmeringsmiddelen. Beschikbaar via: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/medicatie/slaap-en-kalmeringsmiddelen>. Geraadpleegd: 2016 juli 26
20. Farmaka (BCFI). Formularium Ouderenzorg. Slaapstoornissen. 2015. Beschikbaar via: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/208#main>. Geraadpleegd: 2016 juli 26
21. Christelijke Mutualiteit. Campagne Slaapwel. Beschikbaar via: <https://www.cm.be/slaapwel>. Geraadpleegd: 2016 juli 26.
22. Afbeelding via: <https://step1.medbullets.com/embryology/101025/changes-in-the-elderly> (geraadpleegd op 30 augustus 2018)
23. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.
24. Farmaka (BCFI). Formularium Ouderenzorg. Depressieve stoornissen. 2015. Beschikbaar via: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main>. Geraadpleegd 2016 augustus 5.
25. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, et al. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn-ontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013).

- Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
26. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.
 27. Geestelijk Gezond Vlaanderen. Psychose. Beschikbaar via: <https://www.geestelijkgezond-vlaanderen.be/psychose>. Geraadpleegd: 2016 augustus 5.
 28. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, et al. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). Huisarts Wet 2012; 55(7): 306-17.
 29. Farmaka (BCFI). Formularium Ouderenzorg. Dementie: probleemgedrag. 2015. Beschikbaar via: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/211#-main>. Geraadpleegd 2016 augustus 5.
 30. Verenso. Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. 2018. Beschikbaar via: <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnen-database/probleemgedrag-bij-mensen-met-de-dementie>. Geraadpleegd: 2018 augustus 30.
 31. IASP. Terminology: Pain. Beschikbaar via: <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>. Geraadpleegd: 2018 augustus 30.
 32. Universitair pijncentrum Maastricht. Behandeling pijn. Beschikbaar via: <http://www.pijn.com/nl/patienten/behandeling-pijn>. Geraadpleegd: 2018 augustus 30.
 33. ZOL. Multidisciplinair pijncentrum: pijnmeting. Beschikbaar via: <https://www.zol.be/multidisciplinair-pijncentrum/patienteninformatie/pijnmeting>. Geraadpleegd 2018 augustus 30.
 34. De Vriendt P, Cornelis E, Desmet V, et al. De bevordering van betekenisvolle activiteiten voor bewoners van een woonzorgcentrum: een pilootstudie. In Jaarboek Ergotherapie. Acco, 2016.
 35. Van Malderen L, De Vriendt P, Mets T & Gorus E. Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. European Journal of Ageing 2016;13(3):219-30.



VAD